Statistisch-casuistischer Beitrag

zur

Kenntniss der Fistula ani.

Lane Medical Libra

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Grades eines

Doctors der Medicin

verfasst und mit Bewilligung

Einer Hochverordneten Medicinischen Facultät der Kaiserlichen Universität zu Dorpat.

zur öffentlichen Vertheidigung bestimmt

von

Stanislaus v. Kożuchowski.

Ordentliche Opponenten:

Docent Dr. **W. Koch.** — Prof. Dr. **R. Kobert.** — Prof. Dr. **B. Körber.**

Dorpat.

Druck von H. Laakmann's Buch- und Steindruckerei.

1886.

Donnerstag 29 Mai / 10 Juni 12 U.

Zur feierlichen

DOCTOR-PROMOTION

des Herrn

Stanislaus von Kozuchowski,

welche

Donnerstag den 29. Mai 1886, 12 Uhr Mittags,

im grossen Hörsaale der Kaiserlichen Universität

stattfinden wird,

laden ergebenst ein

Dorpat,
im Mai 1886.

Decan und Mitglieder
der medicinischen Facultät.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät.
Referent: Professor Dr. v. Wahl.
Dorpat, den 16. Mai 1886.
Nr. 183.
Decan: Raehlmann.

Es gereicht mir zur angenehmen Pflicht, vor Allem meinen sämmtlichen hochverehrten Lehrern, denen ich die medicinische Ausbildung verdanke, an dieser Stelle meine tiefempfundene Anerkenntlichkeit auszudrücken. Mit Freuden ergreife ich auch die Gelegenheit, dem Herrn Medicinalrath Prof. Fischer in Breslau, der die Güte hatte, mir das gesammte klinische Material wie auch die Fälle aus dem Fränkel'schen Hospital und aus den letzten Jahren seiner Privatpraxis zur Verfügung zu stellen, meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen. Seiner freundlichen Intervention habe ich auch mein längeres Verbleiben in Breslau und damit das Zustandekommen dieser Arbeit einzig und allein zu verdanken.

Den Herrn Assistenzärzten an der Breslauer königl.-chirurgischen Klinik, insbesondere den Herrn Dr. Dr. Partsch und Henry, sowie allen freipractisirenden Aerzten, mit denen ich aus Anlass dieser Arbeit in Berührung kam, bin ich für die mir vielfach erwiesene freundliche Unterstützung zur bleibenden Dankbarkeit verpflichtet.

Mit höchster Anerkennung muss ich schliesslich jener Liebenswürdigkeit und Bereitwilligkeit gedenken, die mir auch von Seiten der Behördenvorstände zu Theil wurde, so oft ich genöthigt war, deren amtliche Vermittelung in Anspruch zu nehmen.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154018_0172

Von dem Vorstande der Königl.-chirurgischen Klinik zu Breslau ging der Wunsch aus, an der Hand des grossen Materials, welches daselbst in Betreff der Fistula ani zu Gebote stand, durch Recherchen bei den Kranken genauere Auskünfte über den definitiven Ausgang dieses Leidens zu sammeln. Unter allen Fragen, welche bezüglich der Fistula ani seit jeher aufgeworfen und bis auf die neueste Zeit unbeantwortet geblieben sind, ist wohl die Frage nach den Beziehungen der Mastdarmfistel zur Phthisis pulm. diejenige, welche von den Pathologen aller Zeiten mit besonderer Vorliebe, ja, mit einer gewissen Pietät behandelt wurde. Seit Celsus und Hippocrates vindiciren die Traditionen der practischen Medicin der Mastdarmfistel einen causalen Zusammenhang mit Lungenschwindsucht und dieses — auch heute noch sowohl unter den Aerzten, als auch unter den Laien tief eingewurzelte — Dogma blieb bis auf die neueste Zeit unerschüttert.

Die Erfahrungen über die chirurgische Tuberculose, die Erkenntniss, dass „ein Theil der Mastdarmfisteln von vornherein die Bedeutung tuberculöser Geschwüre hat[1])“ musste

1) Vollkmann: Chirurgische Erfahrungen über die Tuberculose. XIV Kongress. 1885.

natürlich auch auf die Anschauungen, denen man bis dahin gehuldigt, modificirend einwirken und die von den älteren Chirurgen so sehr betonten Beziehungen der Mastdarmfistel zur Lungen- oder Darmphthisis in anderem Lichte erscheinen lassen. Und eben in Anbetracht dieses Umstandes sowie andererseits des Mangels irgend welcher darauf bezüglicher statistischer Daten, schien es geboten eine Zusammenstellung einer grösseren Anzahl von Krankheitsfällen zu liefern und dieselben im Sinne der neuen Lehre zu prüfen. Deshalb habe ich auch der an mich ergangenen Aufforderung das in Breslau in einem Zeitraume von 15 Jahren betreffs der Fistula ani angehäufte Material statistisch-casuistisch zu verwerthen mit Freuden Folge geleistet.

Vielerlei von mir unabhängige Umstände sind der Grund, weshalb die im April vergangenen Jahres begonnene Arbeit erst vor Kurzem zum Abschluss gebracht werden konnte. Es ist nicht zu leugnen, dass bei einer Forschung, welche die Frequenz eines bestimmten Ereignisses unter verschiedenen Umständen in einer bestimmten Zeiteinheit eruiren soll, eine derartige Verzögerung die Genauigkeit der zu bestimmenden Daten beeinträchtigt. Und wenn auch, wie im gegebenen Falle, die Nachforschungen bis zum März dieses Jahres auf brieflichem Wege fortgesetzt wurden, so wurde zwar das Material dadurch wesentlich bereichert, keineswegs aber die erwähnte Fehlerquelle unschädlich gemacht, geschweige denn eliminirt.

Was den Titel der Arbeit anbetrifft, so will ich — um nahe liegendem Einwand a limine vorzubeugen — bemerken, dass ich denselben mehr auf Grund des Brauches gewählt — eine mit Ziffern ausgerüstete Zusammenstellung schlechtweg

Statistik zu nennen, als in der Ueberzeugung, einen „statistischen“ Beitrag zu der uns interessirenden Frage geliefert zu haben. Ich bin nämlich der Ansicht, dass ein derartiges Unternehmen nur dann auf den Werth einer wissenschaftlichen Leistung Anspruch machen darf, wenn es auf einer festeren Grundlage basirt, als dies in unserem Falle geschehen konnte. Um zu gewissen festen Principien auf statistischem Wege zu gelangen und aus der Coincidenz der Facta auf deren Causalnexus schliessen zu dürfen, muss vor Allem mit möglichst gleichen Factoren operirt werden und sodann müssen alle causalen Zusammenhänge zwischen Erfolg und Nichterfolg berücksichtigt werden. Es muss auch untersucht werden, wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, dass die beobachteten Verschiedenheiten nicht einfach dem Zufall zuzuschreiben sind — eine Aufgabe, die gründliche mathematische Kenntnisse voraussetzt. Ohne diese Bedingungen aber wird keine Statistik Anspruch auf Wahrheit machen können.

Fragen wir nun, wie es sich in unserem Falle damit verhält, so fällt die Antwort keineswegs befriedigend aus. Wie ist es denn in der That möglich da, wo so viele und so verschiedene Momente im Spiele sind, wo in der Aetiologie fast die ganze Pathologie enthalten ist, wo man so oft auf die Aussagen der Kranken oder gar ihrer Angehörigen angewiesen wird, wo die subjectiven Urtheile der Competenten — ich meine der Aerzte — eine so grosse Rolle spielen, auf statistischem Wege zu irgend einem positiven Resultat zu gelangen? Die Sache wird natürlich noch complicirter und schwieriger, wenn es gilt, nicht blos die Affection als solche zu betrachten, sondern dazu noch ihr Verhältniss zu einer anderen Krankheit, deren Aetiologie und Geschichte in vielen

Punkten wiederum noch ziemlich dunkel ist, zu ergründen. Unter solchen Umständen eine Statistik der Fistula ani und ihrer Beziehung zur Tuberculose zu geben — heisst es ungefähr — eine algebraische Rechnung mit lauter Unbekannten lösen zu wollen.

Aus allen diesen Gründen habe ich die ursprüngliche Absicht, das Verhältniss der Mastdarmfistel zur Tuberculose speciell ins Auge zu fassen, fallen gelassen und statt dessen mich mit einer Zusammenstellung der nun folgenden Fälle begnügt, wobei ich allen sich bietenden Gesichtspunkten in gleichem Maasse Rechnung zu tragen bemüht war. Ohne mir von vornherein von diesem Unternehmen gar viel zu versprechen, meinte ich doch, dass es für die Klinik von einigem Interesse sein möchte, über das definitive Operationsresultat, über die Mortalitätsverhältnisse sowie über den späteren Befund bei den noch lebenden Patienten etwas zu erfahren, und zwar um so mehr, da — meines Wissens — eine derartige Zusammenstellung über Fistula ani nicht existirt. Allerdings wird in den Statistiken und Berichten[1]) aus den chirurgischen Kliniken auch der Mastdarmfistel ein Abschnitt gewidmet, die Zahl der beobachteten Fälle aber ist hier sehr gering und ausserdem ist daselbst das fernere Schicksal der betreffenden Kranken gar nicht berücksichtigt.

---

1) Krönlein: Die v. Langenbeck'sche Klinik und Poliklinik zu Berlin. 77.
Billroth: Chirurgische Klinik. Wien 1871—1876.
Küster: Ein chirurgisches Triennium. 1876—1878.
Küster: 5 Jahre im Augusta-Hospital. 1871—1876.
Stetter: Bericht über die Thätigkeit der Königl.-chirurg. Poliklinik zu Königsberg im J. 1878.
Riedel: Die chirurgische Klinik in Göttingen. 1875—1879.
Charité-Annalen: Bericht aus den Jahren 1878—1882.

Das Material zur vorliegenden Arbeit stammte aus 3 Quellen:

aus der Königl.-chirurg. Klinik und Poliklinik zu Breslau und zwar vom Januar 1870 bis Mai 1885 — im Ganzen 147 Fälle,

aus dem jüdischen Fränkel'schen Hospital, ebenfalls aus demselben Zeitraum — im Ganzen 39 Fälle, und

aus der Privatpraxis des Herrn Prof. Fischer aus den letzten 5 Jahren — im Ganzen 17 Fälle.

Ein bedauerlicher Umstand, der mir alsbald nach dem Beginn der Arbeit entgegentrat, zerstreute von vorneherein alle Illusionen über den günstigen Erfolg meines Unternehmens. Es stellte sich nämlich heraus, dass die in den klinischen Journälen in Bezug auf die uns interessirenden Kranken enthaltenen Daten zum grossen Theil so dürftig waren, dass sie allein als Grundlage zur beabsichtigten Statistik nicht hinreichen konnten. Nur über vereinzelte Fälle lagen ausführliche Krankengeschichten vor, meist dagegen und fasst ausnahmslos in den sich auf den Anfang der 70. Jahre beziehenden Angaben war, ausser dem Namen, Alter und Stand der Patienten, nur die Diagnose „Fistula ani" angeführt. Gerade dieser letztere — wohl der wichtigste und für eine exacte wissenschaftliche Forschung vor Allem maassgebende — Punkt erwies sich leider am meisten lückenhaft, wie dies schon der flüchtige Blick auf die Tabellen zeigt. Aber auch die zur Charakteristik der Mastdarmfistel dienenden sowie die sich auf den Verlauf des Leidens nach der Operation beziehenden Momente waren meist flüchtig angedeutet und nur in wenigen Fällen einer genaueren Beschreibung gewürdigt. Es ist übrigens auch nicht anders möglich da, wo sich das Material auf mehr als 8000 Fälle

pro Jahr beläuft und wo es die misslichen äusserlichen Verhältnisse der Klinik bewirken, dass viele der daselbst Operirten ambulatorisch oder poliklinisch nachbehandelt werden, wodurch die klinische Beobachtung und eine genaue ärztliche Controlle ungemein erschwert werden.

Diesem Uebelstande konnte natürlich nur dadurch — wenigstens theilweise — abgeholfen werden, dass ich mich nicht blos auf die Erkundigung nach dem gegenwärtigen Zustand der Kranken beschränkt habe, sondern auch — soweit es ging — die mangelhaften resp. fehlenden klinischen Notizen durch die nachträglich requirirten Nachrichten zu ergänzen resp. zu ersetzen suchte. Dies geschah auch.

Die Nachforschungen habe ich mit den einheimischen Patienten begonnen, d. h. denjenigen, welche zur Zeit ihrer Vorstellung in der Klinik Breslau als ihrem ständigen Aufenthaltsort angegeben hatten. Da nun anzunehmen war, dass ein Theil derselben sich nicht mehr am Leben befinde, so habe ich, um mir das vergebliche Suchen zu ersparen, mich zunächst im Magistrate nach den Verstorbenen erkundigt und daraufhin die Todesursache im statistischen Amte resp. im Sectionsjournal des pathologischen Institutes festgestellt. Genauere Nachrichten, insbesondere über das Verhalten der Mastdarmfistel vor dem Tode, aber auch in Bezug auf die Anamnese und die Familienverhältnisse, wurden von den auf den Todesscheinen unterschriebenen Aerzten und — wo dies nicht möglich war — von den Angehörigen der Verstorbenen eingezogen.

Sämmtliche städtischen Patienten, deren Adresse mir bekannt wurde, habe ich persönlich in ihrer Wohnung besichtigt und examinirt und dabei in einigen zweifelhaften Fällen den behandelnden Hausarzt zu Rathe gezogen.

Das Einwohner-Meldeamt war die letzte Instanz, durch deren Vermittelung ich mich über den Aufenthaltsort der übrigen, meist der Arbeiterclasse gehörenden Kranken erkundigt habe — freilich mit geringem Erfolg, da es von den meisten hiess: „nicht gemeldet," „in Folge der starken Vertretung des Namens — ohne genauere Angabe nicht zu ermitteln," „in die Fremde verzogen" und dgl.

Mehr umständlich und zeitraubend war der Modus der Erkundigung nach den auswärtigen Patienten, die dazu noch in überwiegender Mehrzahl vertreten waren. Hier konnte natürlich der Befund nur durch schriftliche Erhebungen festgestellt werden und deshalb habe ich an sämmtliche genannten Patienten ein Schreiben gerichtet und dabei folgende Fragen gestellt:

Wann und womit hat das Leiden begonnen?

Ist Ihnen die Ursache desselben bekannt?

Sind Sie bis dahin stets gesund gewesen? Wenn nicht, welche Krankheiten haben Sie überstanden?

Sind Sie nicht brustkrank gewesen?

Wie lange währte die Heilung nach der Operation?

Haben Sie gegenwärtig keine Beschwerden mehr und fühlen Sie sich auch sonst ganz wohl?

Leiden Sie nicht an einer Brustkrankheit, — eventuell was für Erscheinungen bietet dieselbe dar?

Sind Ihre Eltern und Geschwister alle am Leben und gesund? — wenn nicht, woran sind sie gestorben resp. woran leiden sie?

Im Todesfalle sollte der zuletzt behandelnde Arzt und — wo dieser fehlte — die Verwandten des Verstorbenen die vorliegenden Fragen beantworten und das Nähere über den er-

folgten Tod und die denselben begleitenden Erscheinungen mittheilen.

Auf diese Weise ist es mir gelungen --- freilich meist erst nach wiederholten Anfragen — über eine grössere Zahl von Fällen zum Theil recht befriedigende Antworten zu erhalten.

Am schlimmsten ging es mir mit den Patienten, welche irgendwo auf dem Lande verstorben waren. — Meist wurde mir von den Angehörigen der Brief zurückgeschickt mit der Bemerkung, der Patient sei todt und daher dürfte auch jede weitere Nachricht von demselben wohl überflüssig sein. Erst auf wiederholte Anfragen und mit Hinweis auf das wissenschaftliche Interesse der Forschung wurde uns die gewünschte Antwort zu Theil. Und wo trotzdem die Anverwandten des Dahingeschiedenen auf keinen Fall zu bewegen waren unserem Wunsche nachzukommen, da musste auf amtlichem Wege die Requisition folgen. In solchen Fällen wurde nun der Gemeinde- oder Amtsvorstand, in Todesfällen — das Standesamt des Wohnortes des Patienten durch ein Geleitschreiben ersucht, den obigen Fragebogen auszufüllen, eventuell einen am Orte thätigen Arzt mit dieser Arbeit betrauen zu wollen. In Bezug auf die Patienten aus dem benachbarten Russisch-Polen konnte ich nicht hoffen auf diesem Wege zum Ziele zu kommen und da habe ich es vorgezogen in den Fällen, wo ich in Stich gelassen wurde, mich direct an die Aerzte zu wenden und muss nun gestehen glücklicher gewesen zu sein, als mein geehrter College Henry, der vor einigen Jahren mit einer Statistik des Mammacarcinoms beschäftigt, sich beklagt, trotz mehrfacher Anfragen auch nicht eine briefliche Antwort aus Polen erhalten zu haben.

Und doch habe ich von einer Anzahl Patienten — sowohl in der Stadt, als auch in der Provinz — trotz aller Mühe keine Auskunft erhalten können. In wenigen hierher gehörigen Fällen, war ich noch wenigstens im Stande durch Vermittelung der Pfarrer zu erfahren, ob der Patient lebt oder gestorben sei, von der Mehrzahl aber — über $^1/_5$ der Gesammtzahl — weiss ich absolut nichts auszusagen — ein Umstand, der schon allein genügt, um meiner Arbeit den Stempel der Unvollkommenheit aufzudrücken und alle Durchschnitts- und Procentzahlen in Frage zu stellen. Denn einerseits ist die Zahl jener unbekannten Fälle zu gross, als dass man sie in einer statistischen Arbeit vernachlässigen dürfte, andererseits aber lässt sich nicht mal annähernd bestimmen, wie sich dieselben auf die einzelnen Categorien vertheilen. Der Vollständigkeit halber führe ich sie in einer besonderen Tabelle an.

Was die Anordnung des Stoffes anbetrifft, so habe ich — der leichteren Uebersicht wegen — das ganze Material in Tabellen gruppirt. Die ursprüngliche Absicht — mich im Vorliegenden ausschliesslich mit den Beziehungen der Mastdarmfistel zur Tuberculose resp. zur Phtisis pulm. zu befassen und demzufolge die Aetiologie zum Ausgangspunkt dieser Betrachtungen zu machen, — habe ich — aus nahe liegenden Gründen — fallen gelassen und statt dessen das Resultat der Behandlung als Eintheilungsprincip gewählt. Darnach wurden

In der Tabelle I *a* die Fälle zusammengestellt, wo — laut den erhaltenen Nachrichten — die Mastdarmfistel vollständig geheilt ist und die betreffenden Patienten in Gesundheit leben.

In der Tabelle I *b* diejenigen Fälle, wo die Mastdarmfistel

zwar geheilt, das sonstige Allgemeinbefinden aber irgendwie gestört ist.

In der Tabelle II*a* die Fälle, wo bei sonst befriedigendem Gesundheitszustande die Mastdarmfistel nicht geheilt ist — sei es, dass die betreffenden Patienten an Recidiv oder an den Folgen der Operation zu leiden haben.

In der Tabelle II*b* die Fälle, wo neben nicht geheilter Mastdarmfistel auch das Allgemeinbefinden gestört ist.

Die Tabelle III umfasst die Todesfälle, und endlich

Die Tabelle IV als Anhang diejenigen Fälle, deren Schicksal uns unbekannt geblieben ist.

Ohne auf die Frage eingehen zu wollen, ob und inwiefern eine Scheidung der Mastdarmfistel je nach der Natur des ihr zu Grunde liegenden Leidens zulässig sei, wie sie von manchen Autoren eingehalten wird, will ich hier bemerken, dass im Vorstehenden nur die sog. eigentliche, „essentielle," „idiopathische" Mastdarmfistel berückstichtigt wurde, während ich alle diejenigen Fälle, wo dieselbe als Theilerscheinung und nebensächliches Symptom einer Erkrankung ander Organe oder als zufällige Complication einer anderweitig bestehenden Mastdarmaffection angesehen werden musste, ganz ausser Acht gelassen habe. Ich hielt mich dazu für berechtigt in Anbetracht sowohl der sehr geringen Zahl hierher gehöriger Fälle[1])

1) 5 mal handelte es sich um Caries der Beckenknochen resp. des Steissbeins (1 Fall), 1 mal um Erkrankung der Harnwege, 1 mal endlich um eine Strictura carcinomatosa recti. Von 2 dieser Patienten hatte ich Gelegenheit, näheres zu erfahren. Der eine — A. M. Schneider, — 54 Jahre alt — Vater an chronischem Brustleiden und 2 Brüder an Phtisis pulm gestorben. Vor etwa 25 Jahren Fall auf dem Strassenpflaster direct gegen das Steissbein. 8 IV. 82 Periproctitis-Operation auf der chirurg. Klinik — Heilung. 1 ½ Jahre später sucht der Patient das städtische Hospital auf (Caries ossis coccyg. — Fistula ani — Extirpatio os. coccyg. Operatio fist.) V. 85 constatirte ich: rings um den After sehr ausgedehnte Narben, Incontinentia alvi, Spitzencatarrh beider Lungen, besonders rechts — sonst leidlicher

als auch der zu erstrebenden einheitlichen Darstellung und glaube dadurch das Ergebniss meiner Untersuchung nicht nachtheilig beeinflusst zu haben.

Dies vorausgeschickt, lasse ich nun die Tabellen folgen.

Zustand. Laut der mir vor Kurzem zugegangenen ärztlichen Mittheilung starb der Patient im Januar d. J. im Zustande höchster Inanition, nachdem eine kurz vor dem Tode entstandene Infiltration des rechten Unterlappens rapide Fortschritte gemacht, die gewesenen Fisteln aber sich zu torpiden Geschwüren ausgebildet hatten, welche trotz sorgfältigster Behandlung unverändert blieben.

Der 2. Fall betrifft den Viehhändler G. K. 49 Jahre alt, welcher seit vielen Jahren an Harnbeschwerden litt. Familie gesund. 12. VII. 76 auf die chirurg. Klinik aufgenommen mit der Diagnose: Fistula ani incompleta, Catarrhus vesicae. Hypertrophie prostatae. Cachexia. Operation: Discisio-Cauterissatio. Patient starb Ende 79 „nach vorausgegangenem heftigen Kopfschmerz, Betäubung und Lähmung der Zunge.“ Die Fistel soll bis zum Tode offen geblieben sein.

Tabelle I*a*.

Lauf. Nr.	Name und Stand.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung und Verlauf.	Jetziger
1	W. G. Tischler 17. II. 70.	42	Vor 1 Jahr periproctitischer Abscess. Seitdem die Fistel. Sonst stets gesund.	Mutter im 35. Lebensjahre an Haemoptoe †. 2 Brüder (beide Müller) an Phtisis pulm. †	Fistula ani incompl.	Spaltung der Fistel mit dem Messer. Nach 8 Wochen geheilt entlassen, darauf zum 2-ten Mal privatim operirt.	Ganz g
2	M. S. Händler 5. V. 70.	20	Beginn des Leidens vor 5 Monaten. Bis dahin gesund.	Grossvater an Schwindsucht †. Geschwister an Scropheln leidend.	Fistula ani incompl.	Operation. Geheilt entlassen.	Gesu
3	K. J. Schneider 12. IV. 72.	32	Vor 9 Monaten eine schmerzhafte Beule in der Aftergegend. Als Kind an Scrophulosis gelitten.	Familie gesund.	Fistula ani.	Operation. Heilung.	Ganz g
4	W. A. Cantor 31. X. 73.	44	Seit mehreren Jahren Unterleibsbeschwerden. Angebliche Ursache der Mastdarmfistel-Haemorrhoiden.	Keine Tuberculose in der Familie.	Fistula ani.	Operation.	Ganz g
5	S. E. Cigarrenfabrikantenfrau 12. III. 74.	36	In Kindheit scrophulös. Sonst stets gesund.	In der Familie keine Tuberculose.	Fistula ani.	Operation. In Heilung entlassen.	Ganz g
6	S. H. Lehrer 5. VIII. 75.	28	Seit vielen Jahren an Epilepsie leidend. Auf das Vorhandensein der Mastdarmfistel zufällig aufmerksam gemacht.	Mutter, die längere Zeit brustleidend gewesen, † vor Kurzem an heftigen unstillbaren Durchfällen.	Fistula ani.	Operation. Ambulatorisch weiter behandelt.	Von der b Mastdarmf zu bemerk sonst voll su
7	S. J. Arbeiter 6. X. 75.	31	Vor 5 Jahren Syphilis. Sonst gesund gew.	?	Fist. ani inc. Periproctitis.	Operation. Nach 3 Wochen Heilung.	Mastdarmfi Sonst g
8	C. B. ? 31. XII. 75.	34	Vor 6 Wochen ein periproct. Abscess. Niemals brustkrank auch sonst immer gesund gewesen.	Familie gesund.	Fistula ani.	Operation Nach 3wöchentlicher Behandlung geheilt.	Ganz g

Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger Befund.
40	Vor 3 Jahren ein periproct. Abscess. angeblich in Folge der Erkältung.	Kinder scrophulös.	Fistula ani incompl.	Operation. Nach 4wöchentl. poliklinischen Behandlung ungeheilt auf Wunsch entlassen. Bald darauf zum 2-ten Mal privatim operirt und definitiv geheilt.	Ganz gesund.
25	Vor 5 Jahren Periproctitis, welche vor 2 Jahren recidivirte. 1875 Typhus.	Familie gesund.	Fistula ani. Haemorrhoides.	Operation.	Gesund.
24	Vor 2 Jahren Bauchfellentzündung. Seit 4 Monaten Schmerzen beim Stuhlgang. Nicht geboren.	In der Familie keine Tuberculose.	Fistula ani	Operation. Nach 9 Tagen auf Wunsch entlassen.	Gesund.
27	Die Mastdarmfistel seit 1 Jahre bestehend. Husten.	Familie gesund.	Fistula ani incompl. Habitus phtisicus.	Operation.	Erfreut sich der besten Gesundheit.
25	Vor 1 Jahre wegen eines periproct. Abscesses operirt. Seit Februar 77 die Fistel. Seit mehreren Jahren Brustschmerzen, Husten. 1 Mal Haemoptoë gehabt.	1 Schwester u. 2 Brüder an d. Schwindsucht †	Fistula ani compl.	Operation. Nach 2½ monatlicher Behandlung auf Wunsch entlassen, Sucht im Januar 78 wieder die Klinik auf und verbleibt daselbst bis zur Genesung.	Wunde vollständig geschlossen. Der Gesundheitszustand lässt nichts zu wünschen übrig.
24	Vor 14 Tagen Periproctitis. Vor längerer Zeit Bleivergiftung. Haemorrhois.	Familie gesund.	Fistula ani Periproctitis.	Operirt und nach 8 Tagen geheilt.	Gesund.
?	Bereits 1 Mal wegen Mastdarmfistel operirt.	Vater an Schwindsucht †. Kinder scrophulös. 1 davon an Gonitis tuberculosa leidend.	Fistula ani.	Operation.	Mastdarmfistel vollständig geheilt auch sonst ganz gesund.
61	Erkrankte erst in diesem Jahre, angeblich in Folge der Haemorrhoiden.	?	Fistula ani.	Operation. Nach 6 Wochen geheilt entlassen.	„Hat gegenwärtig keine Beschwerden und fühlt sich auch sonst ganz wohl.

Lauf. Nr.	Name und Stand.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetzigen
17	K. J. Zimmermann 30. I. 79.	28	Vor ca. 3 Jahren ein periproct. Abscess, der bald spontan heilte, vor 1 Monate aber wieder aufbrach.	Familie gesund.	Fistula ani compl.	Operation. Geheilt 28. II. 79.	Soll ges
18	M. S. Kaufmann 20. V. 79.	39	Vor 5 Jahren an „Geschwüren im Mastdarm" gelitten. Vor 1 Jahre wegen Mastdarmfistel im Fränkelschen Hosp. operirt und nach 5 wöchentl. Behandlung geheilt entlassen.	Mutter an „schwerer" Brustkrankheit †.	Fistula ani Lungen-intact.	Operation.	Keine Be
19	S. A. Major 26. II. 79.	44	Seit 1 Jahre heftige Durchfälle.	Familie gesund.	Fistula ani c Kystom. dermoid.	Spaltung der Fistel mit dem Messer. Extirpation des Tumors. In 14 Tagen vollständige Heilung.	Ganz
20	G. C. Händlerin 25. X. 79.	32	Die Mastdarmfistel angeblich seit dem ersten Wochenbett herrührend.	Familie gesund.	Fistula ani incomlp. Brustorgane gesund.	Operation 10. XII. 79 entlassen.	Ge
21	R. P. Beamter 26. I. 80.	26	Als Kind scrophulös Später-Pleuritis. IX. 79 Periproctitis. Seitdem die Fistel, welche XII. 79 zum ersten Mal operirt wurde.	Geschwister scrophulös.	Fistula ani	Operation. 1. III. 80 geheilt.	Vollstän
22	S. M. Schneider 15. V. 80.	29	Abgesehen von mehreren Kinderkrankheiten stets gesund gewesen.	2 jüngere Schwestern an Scropheln leidend.	Fistula ani.		„Wollte werden. habe sich schlosse fühlt sich und
23	D. E. Dienstmädchen VI. 80.	14	Als Kind scrophulös. Vor 3 Jahren auf die Hüfte gefallen.	Mutter an Brustkrankheit †. Geschwister scrophulös.	Fistulae ani.	Operation. Nach 5 Wochen geheilt.	Ganz
24	B. O. Destillateur 24. V. 81.	26	Beginn des Leidens vor ca. 2 Jahren während des activen Militairdienstes. Vordem Pleuritis.	Familie gesund.	Fistula ani.	Operation. Dauer der Heilung 5 Wochen.	Hat keine und ist ge

und J.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger Befund.
. er 82.	39	X. 81 periproct. Abscess, incidirt, aber nicht geheilt. Sonst stets gesund.	?	Fistula ani.	Operation. Nach 4 monatl. Behandlung geheilt entlassen.	Wegen der tiefen, sich in's Rectum hineinerstreckenden Narbe und Retraction des pararectalen Gewebes — eine partielle Hervorstülpung der Mastdarmschleimhaut. Sonst ganz gesund.
. er 82.	21	V. 81 wegen eines periproct. Abscesses operirt und geheilt entlassen. Vor 4 Wochen die Mastdarmfistel bemerkt.	2 Brüder an Phtisis pulm. †.	Fistula ani incompl. Fissura ani Haemorrhois.	Operation. 5 IV. geheilt entlassen.	Fühlt sich ganz wohl.
. eher 82.	47	Leidet seit längerer Zeit an Haemorrhoiden. Die Mastdarmfistel seit 3 Monaten bestehend.	Mutter, 1 Bruder und 1 Schwester an Schwindsucht †.	Fistula ani incompl.	Operation. Mit gut granulirender Wunde. 26. VI. zur poliklinischen Behandlung entlassen.	Vollständig gesund.
. ant 83.	37	Die Mastdarmfistel bestehe seit 6 Monaten, nachdem eine grosse und schmerzhafte Geschwulst in der Aftergegend aufgeschnitten wurde. Bis dahin gesund.	Familie gesund.	Fistula ani.	Operation. Fast geheilt entlassen wurde nachträglich noch etwa 4 Wochen privativ behandelt.	Gesund.
. er 83.	39	Seit 14 Tagen eine s. schmerzhafte Geschwulst am After, angeblich in Folge der Excesse in Venere. Bis dahin gesund.	Vater an Phthisis pulm. †.	Fistula ani Periproctitis Brustorgane gesund.	16. IX. 83 mit fast geschlossener Fistel auf Wunsch entlassen.	„Bis jetzt gesund.“
. ann 83.	?	Vor 1 Jahre periproct. Abscess. Seitdem die Fistel.	Familie gesund.	Fistula ani.	2 mal operirt.	Ganz gesund.
. 83.	26	Seit 7 Monaten Beschwerden bei Defaecation. Eiterung aus dem Mastdarm.	Mutter an Schwindsucht †.	Fistula ani compl.	Operation.	Mastdarmfistel geheilt auch sonst ganz gesund.
. der 84.	45	Seit einiger Wochen leidend	Keine Tuberculose in der Familie.	Fistula ani.	Operation. 12. II. auf dringenden Wunsch entlassen.	Ganz gesund.

Lauf. Nr.	Name und Stand.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger
33	R. G. Commis 26. I. 84.	18	Stets gesund gewesen.	Vater an Schwindsucht †	Fistula ani incompl.	Operation. Mit gut granulirender Wunde auf Wunsch entlassen. Heilung nach 2 Wochen.	Gesu
34	B. J. Haushälter 7. 6. 84.	49	Vor 1 Monate Periproctitis bis dahin ziemlich gesund.	Mutter „wie es scheint an Lungenschwindsucht †.“ Kinder scrophulös.	Fistula ani.	Operation. Nach 6 Wochen geheilt.	Ganz g
35	N. J. Kaufmann 2. VII. 84.	31	In Kindheit scrophulös. Bald nach einer Lymphademitis inguinalis Periproctitis, die zur Fistelbildung führte.	Vater an Darmtuberculose †. Kinder fortwährend kränklich.	Fistula ani incompl.	Operation Nach längerer ärztlichen Behandlung. Heilung der Fistel.	„Patient vo licher Co und anaemi aber ge
36	M. E. Wagenfabrikantenfrau 21. II. 84.	28	Vor 6 Jahren — ein Abscess am After — Seitdem die Fistel.	Familie gesund.	Fistulae ani.	Operirt und 2. III. 84 geheilt entlassen.	Ganz ge
37	A. F. Diener 8. I. 84.	46	Seit 1871 — an Magen — Darmcatarrh leidend.	Familie gesund.	Fistula ani (von deren Bestehen der Patient nichts wissen will) zufällig bei Incision eines Abscesses. am Oberschenkel entdeckt.	Operation. 26. II. geheilt entlassen.	Ganz g
38	R. E. Beamter 4. II. 84.	33	Vor einigen Monaten eine schmerzhafte Anschwellung am After.	Vater, der viel gehustet, an chronischem Brustleiden †.	Fistula ani.	Operation. Bald nach derselben auf Wunsch entlassen.	Gesu
39	B. R. Schaffner 8. II. 84.	30	X. 85. periproct. Abscess. Spontaner Aufbruch. Bald darauf Recidiv. Seitdem die Fistel.	Familie gesund.	Fistula ani.	Operation. Mit gut granulirender Wunde wegen Platzmangels verlegt.	Gesu

Tabelle I*b*.

und d.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger Befund.
I. er 73.	24	Beginn des Leidens vor etwa 1 Jahre mit einem harten Knötchen unterhalb der Mastdarmöffnung.	1 jüngerer Bruder an tuberculöser Kniegelenkentzündung leidend.	Fistula ani e periproct.	Operation.	Die Mastdarmfistel heilte bald nach der Operation. Seit 1 Jahre ein Ulcus am Unterschenkel. Keine Syphilis.
F. ndler 75.	41	1870 — Pleuritis — seitdem Husten. Vor etwa 1 ½ J. periproct. Abscess und seitdem die Fistel.	Familie gesund.	Fistula ani incompl.	Discisio. Sitzbäder. Ungestörte Heilung. 22. II. 75. Recidiv. Nach 6 Wochen poliklinischer Behandlung geheilt entlassen.	Fistel geheilt. Bronchitis chronic. Emphysema pulm.
ter 75.	50	In Jugend, Typhus. X. 74 — Periproctitis angeblich in Folge eines heftigen Stosses auf das Gesäss.	Keine Tuberculöse in der Familie.	Fistula ani incompl.	Operirt und 23. VI. 75 geheilt entlassen.	Leidet an Asthma.
J. ter 75.	26	Bereits vor 3 Jahren wegen Mastdarmfistel operirt. Seit 2 Jahren brustkrank.	Vater an Brustkrankheit, an welcher er über 20 Jahre gelitten, †.	Fistula ani incompl.	Operation.	Infiltration beider Lungenspitzen.
A. erin 76.	30	Vor etwa 6 Jahren Periproctitis, welche 3 Mal recidivirte und schliesslich zur Bildung d. Fistel führte. Wiederholte Haemoptoë Husten.	Mutter litt jahre lang an Bluthusten und † schliesslich in Folge hartnäckiger Durchfälle.	Fistula ani. Periproctitis.	6 Wochen nach der Operation mit geheilter Mastdarmfistel entlassen.	„Die rechte Lungenspitze afficirt.“
.. ker 76.	50	Seit längerer Zeit Haemorrhoiden. Alcoholismus.	Keine hereditäre Belastung.	Fistula ani incompl.	Operation. Nach 2 Wochen geheilt.	Seit 1 Jahre Embolia Art. foss. Sylv. sin.
. aff- 76.	37	Vor etwa 2 Wochen eine schmerzhafte Geschwulst am After.	Mutter an Phthisis pulm. 1 Kind im Meningitis tuberculösa †.	Fistula ani.	Nach 6 Wochen poliklin. Behandlung geheilt.	Bronchialcatarrh. (In Lebensversicherungsgesellschaft nicht aufgenommen.
. er 77.	?	Vor 1 Jahr Periproctitis, welche ¼ Jahr später recidivirte, wonach die Fistel zurückblieb.	hereditär nicht belastet.	Fistula ani incompl.	14 Tage nach der Operation geheilt entlassen.	Ulcus laryngis tuberculosum (?) Lungen intact.

Lauf. Nr.	Name und Stand.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger B
48	H. J. Handelsmann 10. III. 78.	52	Beginn des Leidens vor etwa 3 Monaten mit Symptomen einer Periproctitis.	?	Fistula ani.	Operation. Nach 2 Monaten genesen.	Carcinoma l
49	G. O. Maurer 16. XI. 79.	29	Periproctitis. 3 mal Pneumonie überstanden.	1 Kind scrophulös.	Fistula ani.	Bald nach der Operation vollständig geheilt.	Die Mastda geschlos Lungen su
50	L. H. Tischler 7. III. 78.	31	Bis zum Auftreten der Mastdarmfistel im vorigen Jahre ganz gesund.	Alle Angehörigen gesund.	Fist. ani.	Operation. Nach 10 Tagen fast geheilt auf Wunsch entlassen.	„Habitus ph aber keine n bare Lunger kung. Ozaen litica (?
51	S. F. Arbeiter 12. IV. 78.	56	Vor einigen Wochen erkrankt mit Symptomen der Periproctitis.	?	Fist. ani compl.	Nach etwa 3 Wochen geheilt.	Seit der Op Bronchialc
52	B B. Chirurg 12. III. 77.	43	Die Mastdarmfistel bestehe seit einem $^1/_2$ Jahre.	Keine Brustkranke in der Familie.	Fist. ani incompl. Prolapsus ani incipiens Haemorrhoidu.	Die Fistel heilte bald nach der Operation.	Leidet fortw an Haemorr
53	W. R. Schuhmachergeselle 23 XI. 77.	19	Erkrankte kurz vor der Operation. Bis dahin gesund.	Familienverhältnisse in gesundheitlicher Beziehung gut.	Fist. ani compl.	Discisio Sitzbäder.	Die Mastda bald nach d tion geheilt phthisicus, ph nichts Ab nachweis
54	S. A. Commis 23. I. 78.	22	Vor etwa 3 Wochen während der Defaecation Eiterung aus dem Mastdarm bemerkt. Sonst immer vollständig gesuud.	Familie gesund.	Fistula ani	Operation. Nach 4 wöchentlicher Behandlung geheilt.	In diesem J ersten Mal B Sonst bei b sundh
55	R. A. Bleiarbeiter 12. VIII. 78.	37	Vor 3 Wochen Periproctitis.	Mutter brustkrank	Fistula ani.	8 Tage nach der Operation — Heilung.	Bronch Colica sat
56	M. R. Küster 4. VIII. 79.	39	?	Familie gesund.	Fist. ani compl.	Operation. Die Wunde heilte erst nach einem Jahr.	Hust X. 85 Hae
57	G. T. Beamter 29. I. 79.	36	In Kindheit — Pneumonie. 1875 — Pleuritis und Abscessus ad anum. Im Herbst 1878. Recidiv des letzteren	Familie gesund.	Fistula ani ex abscessa periproct.	4 Wochen nach der Operation geheilt entlassen.	„Mastdarm heilt. Leidet nischer L tubercu

e und and.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung und Verlauf.	Jetziger Befund.
G. losser II. 80.	15	Die Mastdarmfistel sei durch einen Fall vor 13 Jahren entstanden Damals geheilt, öffnete sie sich vor 3 Jahren spontan wieder. Geringe Beschwerden.	Familie gesund.	Fistula ani.	Nach üblicher Operation ungestörter Heilungsverlauf. 10. I. 81 entlassen.	Vorgeschrittene Phthisis pulm.
M. schers- rau VI. 80.	43	Vor 15 Jahren Syphilis.	Mutter an Lungenleiden †.	Fistula ani.	Operation. Antisyphilitische Cur.	Mastdarmfistel geheilt Recidiv der Syphilis.
A. . med. II. 81.	?	Kinderkrankheiten. Im 7. Lj. periproct. Abscess in jahrelangen Intervallen recidivirend.	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation. Nach 2 Wochen geheilt.	Ein Gefühl von Feuchtigkeit am After. Objectiv keine Abnormität nachzuweisen. Abends häufig Kurzathmigkeit erschwertes Sprechen. Allgemeine Nervosität. Pollutionen.
. A. icker II. 81.	55	Die Mastdarmfistel bestehe seit 14 Jahren Operirt in Jahren: 1878, 1879 und 1880.	1 Bruder an Schwindsucht †.	Fist. ani compl.	Operation.	Mastdarmfistel geheilt. „Patient bildet sich ein Brustkrank zu sein. Die physikalische Untersuchung der Lungen lässt absolut keine krankhafte Veränderung erkennen.
. A. amter II. 81.	24	Seit 6 Wochen leidend.	Mutter an Schwindsucht †.	Fist. ani Lungen gesund.	Operation.	Seit der Operation angeblich brustkrank.
H. scher VI. 82.	60	3 mal Pneumonie überstanden. Haemorrhoiden. Vor 6 Monaten vom Wagen gestürzt und angeblich in Folge dessen die Mastdarmfistel.		Fist. recti.	Operation. Konnte über 1 Jahr den Stuhl nicht halten.	Chronischer Bronchialcatarrh. Emphysema pulm.
. A. herin II. 82.	31	Früher stets gesund. Anfang 82 von der Treppe gefallen. Seitdem die Mastdarmbeschwerden. Bestand der Fistel angeblich seit etwa 3 Monaten.	Vater an Lungenschwindsucht †.	Fist. ani incompl. Fluor albus.	Operation. Heilung erst nach 8 Monaten.	Brustschmerzen (Stechen) Objectiv nichts nachweisbar Sonstiger Gesundheitszustand befriedigend.
. F. stmann II. 82.	42	Beginn des jetzigen Leidens vor 5 Jahren. Sonst niemals krank gewesen.	Vater an langdauerndem Lungenleiden, 3 Geschwister an Schwindsucht †. Kinder scrophulös.	Fist. ani incompl.	Operation. 18. III. 82 mit gut granulirender Wunde zur poliklin. Behandlung entlassen.	Bronchialcatarrh. Linke Lungenspitze suspect.

Lauf. Nr.	Name und Stand.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung und Verlauf.	Jetziger B
66	B. S. Barbiersfrau 4. VI. 82.	32	Die seit 5 Monaten bestehende Mastdarmfistel trotzt jeder medicamentösen Behandlung.	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation.	Tiefe, zu Ze pfindliche Na nach Aussag tientin nässt nichts davo merken. Die des Sphine ziemlich gu mitunter T und Durchfa praclavicula beiderseits e ken. In letz ren Abmag Trotz des phthisischen an der Brus Abnormes r bar.
67	L. R. Handelsmann 20. VII. 82.	40	Vor 3 Wochen wegen einer Mastdarmfistel operirt. Daneben hat sich eine zweite gebildet.	Familie gesund.	Fist. ani incompl. Lungen frei.	Operation.	Im vorigen Ja sturz angeb den Lungen des Aussehen che Brust, Huste Sonst negati fund
68	B. C. Arbeiter 15. III. 83.	35	Vor etwa 3 Jahren eine Entzündung am After. 2 mal geschnitten. Seitdem die Fistel.	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation. 5. V. mit noch nicht ganz geheilter Wunde auf Wunsch entlassen.	Moribundus schöpfung i andauernden falls
69	L. A. Kaufmann 7. II. 84.	26	Ueberstandene Krankheiten: Pleuritis adhaesiva, Lymphadenitis suppurativa. Bereits vor 3 Jahren wegen Mastdarmfistel operirt. Nach vollst. Heilung Recidiv.	Geschwister scrophulös.	Fist. ani.	Operation. Bald darauf entlassen.	„Kränkli
70	T. W. Viehhändler 12. III. 84.	25	Mehrmals Haemoptoe gehabt. (Sieht plethorisch u. wohlgenährt aus.)		Fist. ani. Haemorrhois Catarrhus recti.	Operation. Heilungsverlauf s. langsam. Auf Wunsch entlassen.	Husten, Abm Schlaflosigk gemeine Sc
71	V. A. Stellmacher VIII. 84.	33	Vor 1 Jahre Periproctitis. Sonst immer gesund.	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation. Nach 11 Tagen geheilt.	Iritis „wahrs syphilitisch sprung
72	S. ? Zahlmeister IX. 84.	45	XI. 82 Periproctitis. Seitdem die Mastdarmfistel.	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation. Nach 8 Tagen geheilt entlassen.	Morphinis

und nd.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger Befund.
H. hner . 84.	48	1873 Bildung einer „Oeffnung im dicken Fleische am Mastdarm". Bis dahin gesund.	Vater an Schwindsucht †.	Fist. ani.	Operation. Nach ca 4 Wochen geheilt.	Leidet an Schwindsucht.
C. 85.	17	Vor 2 Monaten eine kleine Erhabenheit in der Umgebung des Afters. Vor 1 Jahre Bluthusten.	In der Familie Tuberculose.	Fist. ani.	Operation. Mit fast vernarbter Wunde zur poliklin. Weiterbehandlung entlassen.	Phthisis pulm.
M. nann . 85.	46	Seit längerer Zeit Haemorrhoiden.	Familie gesund.	Fist. ani compl.	Operation. 14 tägige ambulatorische Behandlung. Fast geheilt entlassen.	Brustschmerzen. Heftiger Husten mit reichem Auswurf.
E. nann . 85.	59	Vor 13 Jahren Lues.	Familie gesund.	Fist. ani. Phtisis pulm. Vielleicht luëtische Affection der Lungen.	Operation. Nach etwa 10 Tagen vollständige Heilung.	Der alte chronische Lungencatarrh besteht mit mehr oder weniger heftigen Excurbationen fort. Ein Ulcus am linken Stimmband im vergangenen Jahre mit Erfolg behandelt.

Tabelle II*a*.

Laut. Nr.	Name und Stand.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger B
77	R. S. Kaufmann 2. I. 72.	31	Bis zum Auftreten der Mastdarmfistel am Ende des vorigen Jahres vollständig gesund.	Familie gesund.	Fistula ani.	Operation verweigert.	Die Mastdarm dato nicht geh commodirt al Patienten nur als sie von Zeit nässt. Da sich der Patie wohl und wil von irgend Brustleiden
78	H. S. Schuhmacher 5. III. 73.	35	Stets gesund gewesen. Die Mastdarmfistel erst vor kurzem bemerkt.	Mutter seit mehreren Jahren brustkrank. Phtisis pulm (?)	Fist. ani. compl.	Operation.	„Die Narbe empfindlich nässend
79	M. D. Arbeiter 22. VII. 75.	45	Vor 4 Monaten Periproctitis.	(?)	Fist. ani. incompl.	12 Tage nach der Operation ungeheilt auf Wunsch entlassen. Heilung erst nach einigen Monaten doch nur auf kurze Zeit.	Recidiv der darmfist
80	K. J. Kaufmann 23. V. 78.	49	Die Mastdarmfistel seit 2 Jahren bestehend. Bis dahin gesund.	Familie gesund.	Fist. ani.	Discisio Erasio 81. Recidiv.	Vor kurzem bis jetzt lei
81	S. B. Fuhrmann 16. VII. 78.	32	Beginn des Leidens vor ungefähr 6 Monaten mit einer schmerzhaften Beule, welche von selbst aufging.	Familie gesund.	Fist. ani.	„Liess sich nicht operiren.“	„ist zwar mi darmfistel be bleibt aber dal kommen gesu arbeitsfäh
82	B. K. Schuhmacher 13. III. 79	53	Erkrankte 1 II. 79. an einer „Entzündung des Mastdarmes.“	Hereditär nicht belastet.	Fist. ani. compl.	Operation. Mit nahezu vernarbter Wunde auf Wunsch entlassen.	Fistelöffnun schlossen, abe tinentia a
83	G. ? Offizier 20. III. 79.	24	Vor 3 Jahren Syphilis nach radicaler Cur angeblich geheilt. In diesem Jahre Auftreten der Mastdarmfistel bei sonst bestem Allgemeinbefinden.	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation. S. langsamer Heilungsverlauf. 1 Jahr später Recidiv der Syphilis.	„Rachen w Gleichzeitig A der Mastdar Antisyphili Behandlu
84	H. G. Diener 17. III. 80.	35	1877 — Typhus. 1879 — Pneumonie. Vor etwa 16 Tagen periproct.-Abscess angeblich in Folge eines Falles.	Familie gesund.	Fist. ani compl.	4 Wochen nach der Operation Heilung.	Die bis jetz geheilte Mastd wird mit ver nen Salben be

e und and.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger Befund.
G. eiter . 80.	29	„Viele Krankheiten darunter Typhus durchgemacht.“	Vater an Schwindsucht †	Fist. ani.	Operation. Nachdem die Fistel in 6 Wochen geheilt war, trat dieselbe nach 3 Monaten wieder auf	und verursacht dem Patienten noch jetzt grosse Beschwerden.
R. eiter II. 80.	20	Vor 2 Jahren Typhus bald darauf eine „Mastdarmentzündung.“	Familie gesund.	Fist. ani.	2 mal operirt und angeblich geheilt.	Seit 5 Monaten Auftreten der Mastdarmfistel mit denselben Symptomen.
C. iterin II. 80.	21	Im vorigen Jahre schwere Geburt. Seitdem Schmerzen und fortwährende Eiterung aus der Mastdarmöffnung	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation verweigert.	Der Zustand habe sich seitdem nicht gebessert aber auch nicht verschlimmert.
M. naanns- au . 81.	35	Das Leiden bestehe seit 2 Jahren und zwar rühre dasselbe von einem Dammriss nach einer schweren Geburt her.	(?)	Fist. ani.	III. 82. in der gynäcolog. Klinik operirt und geheilt.	Steht im Begriff sich wieder operiren zu lassen.
B. uster I. 82.	49	Vor 3 Jahren Periproctitis angeblich in Folge der Erkältung.	Vater an chron. Brustleiden. 1 Bruder an Schwindsucht †	Fist. ani.	Operation. Bis zur vollständigen Heilung seien 1 ½ Jahre verstrichen.	Sehr ausgedehnte Narben. Wegen Incontinentia alvi. Verband nothwendig. Sonst gesund.
J. eiter II. 82.	48	Weiss nichts über den Beginn des Leidens und dessen Ursache zu berichten.	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation.	Seit 1 Jahr Recidiv. Fortwährende Eiterung. Sonst gesund.
J. irer . 83.	39	IX. 82. Periproctitis. Seitdem die Fistel.	Vater an Schwindsucht †	Fist. ani.	Operation 13. II. auf Wunsch entlassen.	Fist. ani compl. mit geringen Beschwerden. Sonst gesund.
W. rvator II. 84.	39	1880 Periproctitis angeblich auf Grund eines vereiterten Haemorrhoidalknotens Morphinismus.	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation. Nach 6 Wochen geheilt.	Nach Angabe des Patienten ein reichlicher Ausfluss von dünnflüssigem Eiter aus dem After. Auch Schmerzen bei Defaecation. Objectiv nichts wahrzunehmen. Sehr gutes Allgemeinbefinden.
M. inar- ctor X. 84.	48	XII. 63 wegen Periproctitis in Königsberg operirt, darnach Besserung, aber keine Heilung. 1876 Bildung neuer Fisteln neben der alten.	Mutter und 1 Bruder an Schwindsucht †. 1 Stiefbruder an Mastdarmfistel leidend.	Fist. ani.	Operation. Fieberfreier Verlauf.	Die Umgebung der sehr erheblichen Narben öfters empfindlich.

Lauf. Nr.	Name und Stand.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung und Verlauf.	Jetziger
94	E. J. Cantor 17. X. 84.	57	Nach mehrjährigem Haemorrhoidalleiden vor etwa 9 Monaten schmerzhafte Geschwüre im Mastdarm. Sonst stets gesund.	Vater an Schwindsucht †.	Fist. ani.	Operation. 5 Wochen nach derselben völlig geheilt.	Zuweilen, b beim Witter sel, Stiche und Ausfluss sigen Eiters selbe
95	F. M. ? 16. I. 84.	14	Vor 2½ Jahren Typhus. Seit 1 Jahre, die Mastdarmfistel, wegen welcher bereits 2 mal operirt wurde.	Familie gesund.	Fist. ani	Operation. 30. I. entlassen mit einer Wunde, welche erst nach 9 Monaten heilte.	Seit V. 85 die Mastd Sonst g
96	B. R. Tischler XII. 84.	35	Vor 2 Monaten Periproctitis. Sonst immer gesund gewesen.	Familie gesund.	Fist. ani compl. Periproctitis.	Operation. Heilung.	„Die Wu etwas Sonst g
67	W. P. Beamter 9. XII. 84.	17	II. 84 — eine schmerzhafte Beule am After — Incision — seitdem die Fistel niemals brustkrank gewesen.	Mutter an Lungenschwindsucht †.	Fist. ani.	Operation. Bald nach derselben auf Wunsch entlassen.	Fistula an
98	K. O. Hofgärtner V. 85.	30	Vor 8 Wochen Abscess am After, nach dessen Incision die Fistel zurückgeblieben.	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation. Verlauf normal, nach 9 Tagen entlassen.	Die noch n heilte Wun fortwähre dünne Flüs Nicht bru
99	G. W. Gasthofbesitzer V. 85.	48	Vor 10 Wochen ein „Knötchen am After, welches reif geworden bald aufbrach die Fistel hinterlassend.		Fist. ani.	Operation. Nach 14 tägiger Behandlung entlassen.	Bei anhalte Gehen br Schmerzer After „(ähnl wenn man Wolf gelau Sonst volls

Tabelle IIb.

und d.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger Befund.
A. etzer 75.	47	Abgesehen von Kinderkrankheiten immer gesund gewesen. Die Fistel trat vor einem Jahre auf angeblich im Gefolge einer „entzündeten Stelle am Mastdarmende.“	Vater an Auszehrung †.	Fist. ani compl.	Operation. Nach etwa 4 Wochen mit kleiner Wunde auf Wunsch entlassen. Vl. 81 Recidiv, privatim operirt und geheilt.	In der Umgebung der Narbe ein torpides Geschwür, „vielleicht tuberculöser Natur, da der Patient der Phthisis pulm. verdächtig scheint.“
E. ten- u . 79.	40	In Kindheit scrophulös später Chlorosis. Die Mastdarmfistel sei durch ungewandte Application des Clystiers entstanden.	Keine Tuberculose „und Scrophulose“ in der Familie.	Fist. ani.	Operation. Nach 8 Tagen geheilt entlassen.	Incontinentia alvi. Höchst abgemagert und anaemisch. Quälender Husten. Nachtschweiss u. Fieber.
P. auer . 80.	37	Soll nach ärztlichem Gutachten früher syphilitisch gewesen sein. Patient stellt dies in Abrede.	Gesunde Familie.	Fist. ani.	Nicht operirt.	Die Fistel schliesst sich von Zeit zu Zeit zu, um von Neuem aufzutreten. Ulcus crusis Syphiliticum.
R. erer . 80.	24	Vor 3 Wochen Periproctitis angeblich in Folge eines heftigen Stosses auf die Analgegend.	Mutter an Phtisis pulm. †.	Fistula ani Periproctitis.	Etwa 10 Tage nach der Operation geheilt entlassen.	Ein in Heilung begriffener periproct. Abscess. Otorrhoë. Habitus phthisicus.
G. er 81.	29	Beginn des Leidens etwa 8 Tage nach einem heftigen Stoss auf das Gesäss. Incision des Abscesses. Seitdem die Fistel, welche durch profuse Eiterung während ihres 2jährigen Bestandes eine grosse Schwäche und Abmagerung des Patienten bedingte.	Die 19jährige Schwester an Auszehrung †.	Fistula ani Lungen frei.	Operation. Nach 1½ Jahren zum 2. mal privatim operirt.	Noch nicht zugeheilte nässende Fistel. Sehr ausgesprochener Kräfteverfall. Kurzer Athem, Husten.
. ter 82.	30	Vor 5 Jahren ein harter, sehr schmerzhafter Knoten am After, welcher bald aufbraeh. Seitdem 6 mal Recidiv. Brustkrank seit 8 Jahren. Vor 4 Jahren Haemoptoë. Als Kind scrophulös.	Kinder scrophulös.	Fist. ani.	Operation.	Fistel geschlossen; trotzdem zuweilen heftige Schmerzen an dieser Stelle. Phthisis pulm.

Lauf. Nr.	Name und Stand.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung und Verlauf.	Jetziger
106	P. H. Rentmeister 8. XI. 82.	46	IV. 81 periproct. Abscess angeblich in Folge eines Haemorrhoidalknotens. Seitdem die Fistel, welche bereits 1 mal privatim operirt wurde.	Familie gesund.	Fist. ani.	8 Wochen nach der Operation geheilt entlassen.	„In Folge Darmöffnur figer Stuh nehmende rung und trotz kräfti wei
107	S. H. Packträger 14. II. 82.	53	Litt seit 15 Jahren an Haemorrhoiden, die angeblich die Ursache der Mastdarmfistel gewesen.	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation. Erholte sich nach derselben nur auf kurze Zeit.	Die alten den quäle tienten
108	K. A. Arbeiter X. 83.	47	Vor 1½ Jahre Incision eines periproctischen Abscesses — seitdem die Fistel.	Keine Hereditäre Belastung.	Fist. aui. Habitus phtisicus.	Operation. „Seitdem noch 2 mal geschnitten.“	Auch gege Fistel nich schlo Patient seh gert, schwa unfä
109	W. E. Malersfrau 7. XI. 93.	30	81 wegen Prolapsus ani und Lähmung des Schliessmuskels operirt und nach mehrmonatlicher Behandlung mit Verband entlassen.	?	Fist. ani.	Operation. Auf Wunsch entlassen — hat sich seitdem nicht mehr erholt.	Durch Ind alvi furchtb Mehrere z miteinande nicirende fisteln. Se Ausehen. W der linke spi
110	G. M. Hausirer 29. VII. 84.	50	Die Mastdarmfistel seit 1 Jahre bestehend.	Mutter an Phtisis pulm leidend.	Fist. ani.	Operation. Nach 1 Woche entlassen.	An der Ste Fistel gev missfarb schwür mit Rändern. sis der Lun Kehlk
111	S. F. Kutscher 5. IX. 84.	?	1874 von der Treppe gefallen. 10 Tage darauf Periproctitis, welche seitdem paar Mal recidivirte, zuletzt vor etwa ½ Jahre. Seitdem die Fistel 2 mal Haemoptoe.	Familie gesund.	Fist. ani incompl. Infiltration der Lungenspitzen.	Operation.	Mehrere ti plete theils Mastdarr Incontine Phthisis

nd	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger Befund.
er 5.	51	1866 — Typhus. 1874 — periproct. Abscess, öfters recidivirend. 1884 das Bestehen einer Mastdarmfistel constatirt. Seit 1882 Schmerzen und starke Beklemmung der Brust.	1 Sohn an Schwindsucht †.	Fist. ani.	Operation.	Seit der Operation eine ein wenig nässende Stelle vom behandelnden Arzte als „Schleimhautläppchen“ bezeichnet. Herzleiden.
er	27	Vor 15 Jahren Typhus. Später Haemorrhoidalbeschwerden. Vor 1 Jahre Periproctitis. Seitdem die Fistel chron. Bronchialcatarrh.	Familie gesund.	Fist. ani Abscessus periproct.	Operation. Nach 4 wöchentl. Behandlung mit fast geheilter Wunde entlassen. VIII 85 eine neue Fistel, privatim operirt.	Seit der letzten Operation eine eiternde Wunde zurückgeblieben. Seit einiger Zeit quälender Husten, mitunter starke Brustschmerzen.
er 5.	30	Vor 10 Jahren Pneumonie. Beginn des jetzigen Leidens mit Haemorrhoiden.	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation. 9. II. Entlassen.	„Muss täglich Sitzbäder nehmen, da er sich sonst wund laufe.“ Brustkrank.

Tabelle III.

Lauf. Nr.	Name und Stand.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger
115	H. A. Arbeiter 5. IV. 70.	40	Vor 10 Jahren Gonorrhoe. Seit 1 Jahre die Fistel.	Vater seit vielen Jahren Brustkrank.	Fist. ani incompl.	Operation geheilt.	† X. 73 an schwin
116	K. A. Handelsmann 22. VIII. 71.	48	Seit 1 ½ Jahre mit Mastdarmfistel behaftet bis dahin gesund.	(Familie ge(sund.) 1 Kind des Patienten ebenfalls an Mastdarmfistel leidend.	Fist. ani.	Operation fast geheilt entlassen.	† II. 76 a schem Lun
117	L. J. Schumachergeselle 2. I. 71.	18	Beginn des Leidens X. 69. Niemals brustkrank gewesen.	1 Schwester an Phtisis pulm. †.	Fist. ani.	Operation. Heilung der Wunde nach 1 Jahre.	† II. 72 a baren Durch Erschö
118	v. M. J. Gefangenenaufseher 16. 5. 71.	44	Vor 7 Monaten Pleuritis. Bald darauf periproct. Abscess.	Familie gesund.	Fistula ani Phthisischer Habitus.	Operation. Zur Weiterbehandlung nach Hause entlassen. Die Wunde blieb bis zum Tode offen.	† 8. X
119	B. A. Klemptner 23. VI. 71.	29			Fist. ani.	Operation.	† Mär
120	L. W. Dienstmann 7. XII. 71.	39	VI. 70. eine schmerzhafte Beule am After. Brustschmerzen, Husten.	Familie gesund.	Fist. ani incompl.	Operation. Während der Heilung auf Wunsch entlassen. Die Wunde blieb ungeheilt.	† 1. XI
121	B. J. Arbeiter 23. VI. 71.	46			Fist. ani compl.	Operation.	† 7?
122	M. L. Kaufmann 4. VIII. 72.				Fist. ani.	Operation.	† am Mag
123	H. O. Inspector 11. VIII. 73.	41		Familie gesund.	Fist. ani e. tuberculosi.	„Discision. Sitzbäder. Roborantia. Im Verlaufe Erysipel sowie profuse Diarrhoen. Decubitus.“	† IX. 73 a cul
124	R. G. Kaufmann 2. VII. 74.	24			Fist. ani.	Operation.	† 76 an suc

und d.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger Befund.
ter 74.	35	Seit Kindheit Malum Potti.		Fist. ani incompl.	Operation.	† 10. XI. 78 an „Starrkrampf in Folge einer Ohrverletzung.“
acher 73.	32			Fist. ani.	Operation.	† 9. II. 74 an chronischem Lungenleiden.
ann 75.	26	Soll seit mehreren Jahren krank gewesen sein.	Familie gesund.	Fist. ani compl. Tuberculosis testis Lungen intact.	Operation. Hatte bis zum Tode von der Mastdarmfistel zu leiden	† V. 76.
ter 75.	48	72 — Pneumonie. Anfang 75 eine schmerzhafte Beule am Gesäss.	Familie gesund.	Fist. ani incompl.	Operation.	† 21. I 76 an Darmschwindsucht.
ter . 75.	58	Seit vielen Jahren Husten mit sehr reichlichem Auswurf.	„Keine Familie.	Fist. ani incompl. Emphysema pulm.	Operirt.	† 28. IV. 82 Emphysema pulm. pergrave. Bronchitis purulenta. Peribronchitis vetustior Kyphosis vertebr. thoracica.
ter . 76.	49	Seit 7 Monaten Eiterung. Sonst keine Beschwerden.	Familie gesund.	Fist. ani incompl. Periproctitis.	Operation geheilt.	† 25. XII. 81 an Gehirnschlag.
ter 76.	66			Fist. ani incompl. Haemorrhois.	Operation.	† 16. VIII. 79.
er 76.	35	Vor 1 Jahre Periproctitis. Seit 5 Monaten Fistel. Sonst gesund gewesen.	Familie gesund.	Fist. ani incompl.	Operation. 10. III. 76. geheilt. entlassen.	† 27. IV 77 an Lungenschwindsucht.
cher . 76.	24		Familie gesund.	Fist. ani. Phtisis pulm. incipicus.	Operation. Seitdem Verschlimmerung des Allgemeinzustandes. Fistel geheilt.	† 9. I. 78 an Blutsturz.
ter 76.	52	Bis zum Auftreten der Mastdarmfistel im Jahre 75 stets gesund.	1 Bruder ebenfalls an Mastdarmfistel leidend.	Fist. ani incompl.	Operation. In 5 Wochen geheilt.	† 23. IV. 80 an chronischem Lungenleiden.
ter 76.	30	Niemals krank gewesen. Etwa vor 5 Wochen. periproct. Abscess.	Familie gesund. (?)	Fist. ani.	Operation. Etwa nach 3 Wochen geheilt.	† 24. IX. 79 an Lungentuberculose.

Lauf. Nr.	Name und Stand.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger H
136	A. O. Arbeiter 12. V. 76.	49	Seit vielen Jahren Beschwerden beim Stuhlgang Seit 1 Jahre die Mastdarmfistel.	Keine „Tuberculose od. Scrophulose" in der Familie.	Fist. ani incompl.	Operation.	† VI. 81 an N
137	K. H. Bremser 11 IV. 77.	42	X. 76. wegen Mastdarmfistel operirt und geheilt. Seit 3 Monaten wieder die Fistel da.	hereditär nicht belastet.	Fist. ani. incompl.	Operation.	† 80 an Entk nach einem Kranken!
138	L. A. Küster 5. VIII. 77.	34			Fist. ani.	Operation.	† 25. IV.
139	S. C. Lehrer 18. II. 77.	55	Seit längerer Zeit brustleidend.	Eltern an Brustkrankheiten †.	Fist. ani.	Operation Darauf in Zwischenpausen noch 2 mal privatim operirt.	† X 83 an A
140	K. F. Mechaniker 20. V. 78.	28	Beginn des Leidens 75 mit einer sehr schmerzhaften Geschwulst in der Nähe des Afters. Spontaner Durchbruch des Eiters — Heilung. Vor 6 Jahren „weicher Schanker."	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation. Nach 3 wöchentlicher poliklinischer Behandlung geheilt entlassen.	† 4. IV 80 a schwinds
141	R. H. Schleusserin 15. V. 78.	18	Vor ca. 5 Wochen — eine wallnussgrosse Erhabenheit am After, welche von selbst platzte und Eiter entleerte.	Vater an Schwindsucht †.	Fist. ani Habitus phtisicus.	Operation. Heilung. Besseres Allgemeinbefinden.	† 15. II. 83 a scher Lung dung
142	R. O. Locomotivheizer 28. VI. 78.	28	Ausser Pocken keine ernste Krankheit überstanden. Beginn des jetzigen Leidens datirt erst seit Anfang dieses Jahres.	Vater an Phtisis pulm. leidend.	Fist. ani Periproctitis.	Operation. Bald darauf genesen.	† 3. VIII. 78 nischer Lun zündu
143	P. C. Invalide 14. X. 79.	29	X. 78 — Hoemoptoë angeblich 7 mal in kurzen Intervallen. Seit 6 Wochen die Mastdarmfistel.	Familie gesund	Fist. ani incompl. e tuberculosi Phtisis pulm. Ulcus laryngis tuberculosum.	Bald nach der Operation Heilung der Mastdarmfistel jedoch gleichzeitig Verschlimmerung des Allgemeinzustandes. Auf Wunsch nach Hause entlassen, woselbst er nach 12 Tagen †.	† 15. XII. 7 genschwi

und d.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger Befund.
C. h- er 79.	58	Bereits vor 10 Jahren wegen Fist. ani operirt. Seit 2 Jahren Recidiv. Sehr schlechtes Allgemeinbefinden.	?	Fist. ani compl.	7 Operation. 1. VIII. 79 geheilt entlassen.	† 27. III. 85 an Carcinoma oesophagi.
I. ler 79.	28	Viel Husten und Auswurf. Sehr heruntergekommen.		Fist. ani.	Operation.	† 1. XII. 79 an Lungenschwindsucht.
T. inist 79.	35	Vor 2 Monaten Periproctitis. Incisio. Sehr schlechtes Allgemeinbefinden.	Familie gesund.	Fist. ani Phtisis pulm.	Operation. Verlauf sehr gut. Besserung des Allgemeinbefindens. Weitere poliklinische Behandlung. „Das Geschwür soll bis zum Tode offen geblieben sein.	† 8. XI 80 an chronischer Lungenentzündung.
Ph. ker 79.	48	Die Mastdarmfistel seit 20 Jahren ohne nachweisbare Ursache bestehend.	Keine hereditäre Belastung.	Fist. ani incompl. Lungen frei.	Bäder. Spontane Heilung ohne Operation.	† 20. IV 82 an Lungenschwindsucht.
7. ıser 80.	39	Die Mastdarmfistel besteht seit 4 Jahren.		Fist. ani Infiltration rechter Lungenspitze.		† 3. VI. 81 an chronischem Lungenleiden.
3. r 80.	39	Krank seit 4 Wochen.	Familie gesund.	Fist. ani incompl.	Operation.	82 verunglückt.
C. r 80.	41			Fist. neti Mehrfache z. Th. vernarbte Fisteln. Lungen gesund.	Operation.	† 28. X. 82 an Phthisis pulm.
.. ter 80.	44		Keine Brustkranke in der Familie.	Fist. neti Links beginnende, rechts vorgeschrittene Phtisis pulm.	Auf innere Abtheilung verlegt.	† 29. I. 81 an Phthisis pulm. Ulcus recti tuberculosum.
. r 81.	19	Vor 1 Jahre periproct. Abscess.	1 Bruder an Phtisis pulm †. Geschwister scrophulös.	Fist. neti compl.	Operation. 20. V. zur poliklinischen Behandlung entlassen.	† 11. X. 81 an Lungenschwindsucht.
. n- er 81.				F. ani compl.		† 20. II. 84 an chronischem Lungenleiden.

Lauf. Nr.	Name und Stand.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger
154	N. A. Beamtenfrau 24. II. 81.	27	Früher gesund. Seit 7 Jahren verheirathet. Das Kind starb bald nach der Geburt. 1 Jahr später Abort. Darauf mehrere Fisteln am Anus. Tenesmus. Schmerzen bei Defecation.	Vater an Schwindsucht †. Geschwister scrophulös. Mann syphilitisch.	Fist. ani Strictura recti.	Behandlung der Strictur und der Syphilis.	† 16. X. Lungensch
155	A. Th. Arbeiter 31. V. 81.	18	Die Mastdarmfistel seit kurzer Zeit bestehend.		Fist. ani hochgradige Phthise.	Keine Operation 9. VI. gebessert entlassen auf innerer Abtheilung weiterbehandelt.	Soll vor 3 sei
156	F. T. Diener 20. VII. 82.	29	Vor 1½ Jahren von der Treppe herunter gefallen — bald darauf Auftreten einer gänseeigrossen s. schmerzhaften Geschwulst, welche mit einem Federmesser angeschnitten wurde. Seitdem die Fistel.	Familie gesund	Fist. ani.	Operation. Bald darauf auf Wunsch entlassen.	† 29. III. 8 mon
157	S. J. Schuhmacher 3. VII. 82.	33		Familie gesund.	Fist. ani.	Operation.	
158	W. R. Briefträger 18. IX. 82.	38			Fist. ani compl.	Operation.	Läng
159	R. G. Maurer 7. IX. 82.	42			Fist. ani.	Operation.	28. III. 83
160	B. O. Kellner 23. VII. 83.	25	Seit 8 Wochen eine schmerzhafte Entzündung am After.	Familie gesund.	Fist. ani incompl. Periproctitis.	Operation. 8. VIII. mit gut granulirender Wunde auf Wunsch entlassen.	† 26. VI Lungensch
161	R. O. Tischler 21. VII. 83.	29	Vor kurzem erkrankt.	Familie gesund.	Fist. ani incompl. Infiltration beider Lungenspitzen.	Operation. gebessert auf andere Station verlegt. Die Wunde blieb bis zum Tode bestehen.	† 15. VIII sis

e und nd.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung und Verlauf.	Jetziger Befund.
G. rling X. 83.	19	Die Mastdarmfistel seit 3 Jahren bestehend.	Vater brustleidend, — Haemoptoë gehabt.	Fist. ani incompl.	Operation. Mit gut granulirender Wunde entlassen.	Kaum nach Hause zurückgekehrt † der Patient mit offener Wunde an sehr acut verlaufender Bauchfellentzündung „höchst wahrscheinlich tuberculöser Natur.“
B. eiter . 83.	34	Vor 2½ Monaten Pleuritis exsudativa dextra. Die Mastdarmfistel schon vordem bestanden.	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation.	† 6. X. 83 an chronischem Lungenleiden und Manie.
C. mter I. 84.	18	Seit einigen Monaten Husten. Zu derselben Zeit Bildung eines Geschwürs am After. Mastdarmbeschwerden.	Vater an chron. Lungenleiden. †.	Fist. ani Phtisis pulm. Hochgradige Veränderung der rechten Lunge, links geringer.	Jodoform und Essigsaürethonerdeumschläge. 8. VIII Die Fistel granulirt gut, zeigt Tendenz zur allerdings langsamen Heilung. Auf die innere Abtheilung verlegt.	† 4. X. 84 an Lungen- und Darmtuberculose.
L. eiter 4.	41	Seit 6 Wochen Schmerzen am After.	Vater an Schwindsucht †.	Fist. ani incompl. Potator.	Operation.	† 6. VI. 84 an Pneumonie.
C. mied II. 84.	58	Niemals krank gewesen. Vor etwa 8 Wochen die Mastdarmfistel bemerkt. Heftige Durchfälle, Husten und Auswurf seit 3 Monaten.	Keine hereditäre Belastung.	Fist. ani Phtisis pulm. Tuberculosis intestini.	Operation, übliche Nachbehandlung. Durchfälle trotzen allen Mitteln. Auf innere Abtheilung verlegt. (?)	Soll vor kurzem † sein.
E. rolleur 85.	38	Vor 20 Jahren Pneumonie. Vor 10 Jahren periproct. Abscess — seitdem die fortwährend eiternde Fistel.	Vater an Phtisis pulm. †.	Fist. ani Infiltration beider Lungenspitzen.	Operation. Fast geheilt in einen climatischen Curort geschickt	† 26. XI. 88 an Lungenschwindsucht.

Anhang.

Tabelle IV.

Lauf. Nr.	Name und Stand.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger E
168	K. L. Krankenpflegerin 5. IV. 70.	45	Wegen Brustbeschwerden auf die innere Abtheilung aufgenommen. Daselbst Bildung der Periproctitis. Nach deren Eröffnung die Fistel.	?	Fist. ani compl.	Operirt und 20 VI mit vollständig vernarbter Fistel entlassen.	?
169	L. A. Kutscher 12. VI. 70.	36	?	?	Fist. ani.	Operation.	?
170	R. A. Näherin 15. II. 71.	37	?	Vater an Schwindsucht †	Fist. ani incompl.	Operation.	?
171	B. H. Arbeiter. 20. I. 73.	18	Krank seit 1 Jahre.	?	Fist. ani incompl.	Operation.	?
172	N. C. Knechtsfrau 2. I. 73.	28	?	?	Fist. ani.	Operation. Geheilt entlassen.	?
173	G. P. Conditor 14. I. 75.	53	Beginn des Leidens vor 5 Wochen.	Mutter an Auszehrnng †	Fist. ani.	?	?
174	M. A. Schornsteinfeger. 24. II. 75.	28	?	?	Fist. ani incompl.	Operation.	?
175	N. P. Volontär 1. XI. 77.	18	?	Familie gesund.	Fist. ani incompl.	?	?
176	M. G. Stellmacher. 4. VIII. 76.	?	Die Mastdarmfistel seit 1 ½ Jahren bestehend.	?	Fist. ani.	Operation. Mit granulirender Wunde zur poliklinischen Behandlung entlassen.	?
177	S. E. Stud. 4. XI. 77.	20	?	Keine Brustkranke in der Familie.	Fist. ani incompl.	Operation.	?

und d.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger Befund.
t- en 78.	18	?	1 Bruder brustkrank — hustet.	Fist. ani	Operation. Nach 14 Tagen geheilt entlassen.	?
er 78.	50	Seit 1 Jahre bestehend.	?	Fist. ani.	Operation.	?
78.	8	?	?	Fist- ani.	Operation. Mit in Heilung begriffener Wunde 20. VIII. 78 entlassen.	?
nn 79.	34	?	?	Fist. ani.	?	?
iast 79.	16	Seit 1 Jahre Beschwerden beim Stuhlgang.	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation.	?
er 80.	50	?	?	Fist. ani.	Operation. 10. XI. geheilt entlassen.	?
st 80.	37	Die Mastdarmfistel seit 6 Wochen bestehend.	Mutter an Brustkrankheit †.	Fist. ani compl.	Operation.	?
80.	3	Seit 1 ½ Jahren bestehend.	?	Fist. ani.	Operation.	?
der 81.	22	Vor etwa 2 Jahren eine Geschwulst am After, welche später aufbrach und eine Masse von Eiter entleerte.	?	Fist. ani.	Operation. Langsamer aber ungestörter Heilungsverlauf. 16 XII. 81 entlassen.	?
is 81.	17	Die Fistel angeblich seit 11 Jahren bestehend.	?	Fist. ani. Lungen frei.	Operation.	?
ann 81	34	?	?	Fist. ani.	Operation.	?
in 82.	19	Ursache des Leidens unbekannt.	?	Fist. ani Periproctitis.	Operation.	?

Lauf. Nr.	Name und Stand.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung und Verlauf.	Jetziger B
190	S. A. Köchin 26. IV. 82.	50	?	?	Fist. ani.	Operation.	?
191	Th. A. Dienstmädchen 1. V. 82.	22	Seit 2 Jahren bestehend.	?	Fist. ani. incompl.	Operation. 24. V. Mit in Heilung begriffener Wunde zur poliklinischen Behandlung entlassen.	?
192	A. C. Arbeiter 7. IV. 82.	51	?	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation.	?
193	E J. Klempnersfrau 6. VI. 82.	31	?	?	Fist. ani.	?	?
194	M. A. Oelstreicherwittwe 20. XI. 83.	34	?	?	Fist. ani.	Operation.	?
195	L. K. Arbeiter 15. III. 83.	50	Periproctitischer Abscess.	?	Fist. ani.	Operation.	?
196	G. L. stud. 19. IX. 83.	20	Vor 6 Wochen in Wien wegen Mastdarmfistel operirt.	?	Fist. ani. compl.	Operation. 6. X. 83 auf Wunsch entlassen.	?
197	H. B. Schaffnersfrau VIII. 84.	25	Vor 4 Jahren periproct. Abscess. Seitdem die Fistel Seit einigen Jahren Husten.	Familie gesund.	Fist. ani. incompl. Lungen frei.	Operation. Weitere poliklinische Behandlung.	?
198	K E. Baumeister 84.	?	Vor 3 Monaten eine harte, wenig schmerzhafte Stelle am After, welche aufgegangen u. die Fistel zurückliess.	?	Fist. ani.	Operation. Halb geheilt auf Wunsch entlassen.	?
199	M. A. Portier II. 84.	44	Vor 1 Jahre Periproctitis — seitdem die Fistel. Husten seit längerer Zeit.	Mutter an Auszehrung †.	Fist. ani compl. Phthisis pulm.	Operation.	?
200	V. M. Lehrling 84.	16	Vor 14 Tagen Periproctitis. Seit längerer Zeit Husten.	Familie gesund.	Fist. ani.	Operation.	?

und id.	Alter.	Anamnestische Daten.	Hereditäre Verhältnisse.	Diagnose.	Behandlung u. Verlauf.	Jetziger Befund.
R. ler	30	?	?	Fist. ani.	Operation.	?
P. setzer . 85.	24	Beginn des Leidens bereits im 6. Lebensjahre ohne bekannte Ursache. Mehrmals Recidiv. Keinerlei Beschwerden — daher bis jetzt nicht behandelt. Vor 5 Jahren Haemoptoë.	Vater an Phthisis pulm. †.	Fist. ani	Operation. Weitere poliklinische Behandlung	?
S. 85.	17	?	?	Fist. ani.	Operation	?

Die Gesammtzahl der in den vorstehenden Tabellen verzeichneten Kranken beläuft sich auf 203 Fälle. Wie sich dieselben auf die einzelnen Jahrgänge vertheilen, geht aus folgender Zusammenstellung hervor:

Jahr.	Tab. I.		Tab. II.		Tab. III.	Tab. IV.	Summa.
	a.	b.	a.	b.			
70	2	—	—	—	1	2	5
71	—	—	—	—	6	1	7
72	1	—	1	—	1	—	3
73	1	1	1	—	1	2	6
74	1	—	—	—	3	—	4
75	2	3	1	1	3	2	12
76	4	3	—	—	7	1	15
77	4	3	—	—	3	2	12
78	1	5	2	—	3	3	14
79	4	3	2	1	5	2	17
80	3	2	4	2	4	3	18
81	1	3	1	1	4	3	13
82	3	5	2	3	4	5	22
83	4	1	1	2	4	3	15
84	8	5	6	2	3	4	28
85	—	3	2	3	1	3	12
Summa	39	37	23	15	53	36	203

Sehen wir nun beiläufig von den Erkrankungen ab, welche als Complicationen der Mastdarmfistel auftreten (Tab. I *b* und II *b*) und betrachten die Unterabtheilung *b* in den beiden ersten Tabellen als gleichwerthig mit *a* an, so ergiebt sich, dass

Vollständige Heilung der Mastdarmfistel eingetreten ist in . . . . . 76 Fällen = 37,5 %

Unvollständige Heilung der Mastdarmfistel eingetreten ist in . . . . . 38 Fällen = 18,70 %

Gestorben sind . . . . . 53 Fälle = 26,1 %

Unbekannt geblieben . . . . . 36 Fälle = 17,70 %

In Bezug auf das Geschlecht unserer Patienten haben wir eine bedeutende Prävalenz der Mastdarmfistel bei Männern zu constatiren, indem wir unter 203 Fällen 177 — 87,19 % Männer und nur 26 — 12,81 % Weiber finden. Ganz ähnliches Resultat ergiebt die Statistik Billroth's: auf 105 Fälle entfallen daselbst 89 Fälle — 84,75 % auf das männliche und 16 Fälle — 15,25 % auf das weibliche Geschlecht. Diese beträchtliche Differenz zu Gunsten des männlichen Geschlechts (welche übrigens in der Fistula recto-vaginalis der Frauen ihren Aequivalent haben dürfte) findet in allen denjenigen Momenten, welche eben die Verschiedenheit beider Geschlechter bedingen, eine genügende Erklärung. Indessen wäre behufs richtiger Beurtheilung dieser Verhältnisse auch der Umstand zu berücksichtigen, dass die mit Mastdarmfistel behafteten weiblichen Kranken sich wohl häufiger als die männlichen privatim behandeln lassen, diejenigen aber, welche eine öffentliche Heilanstalt aufzusuchen genöthigt sind, wohl noch eher in der gynäcologischen als in der chirurgischen Abtheilung zu finden sein werden.

Ueber das Alter der Kranken giebt folgende Zusammenstellung Aufschluss:

Alter.	Tab. I.		Tab. II.		Tab. III.	Tab. IV.	Summa.	%
	a.	b.	a.	b.				
1—15 Jah.	1	—	1	—	—	2	4	1,97
15—20 „	1	3	1	—	6	8	19	7,39
20—30 „	14	7	5	3	12	8	49	24,14
30—40 „	13	10	9	6	13	8	59	29,1
40—50 „	7	8	6	2	14	2	39	14,0
50—60 „	—	6	2	3	5	6	22	10,83
60—70 „	1	1	—	—	1	—	3	1,47

In 8 Fällen = 3,94 % wurde kein Alter angegeben.

Das grösste Contingent der Erkrankung an Mastdarmfistel stellt demnach das Lebensalter von 30—40 Jahren oder — wenn man will — von 20—50 Jahren. Von da ab nimmt die Frequenz in nahezu gleichem Verhältniss ab, um nach aufwärts das 3. (Fall 185), nach abwärts das 66. (Fall 131) Lebensjahr als die äussersten Grenzen zu erreichen. Sehr selten wird die Erkrankung bis zum 15. und nach dem 60. Lebensjahr. Eine nähere Betrachtung der obigen Zusammenstellung ergiebt noch manche interessanten Thatsachen: So sehen wir, dass während der Procentsatz absolut geheilter mit steigendem Alter allmählig sinkt, die Zahl der Todesfälle fast in demselben Maasse zunimmt, so dass der höchsten Zahl der zwischen dem 20—30. Lj. operirten und geheilten Patienten diejenige der zwischen dem 40—50. Lj. Gestorbenen gleich kommt, das Alter der grössten Frequenz aber hinsichtlich des absoluten Erfolgs (Tab. I *a.*) sowie des absoluten Misserfolgs (Tab. III.) ganz gleiche Zahlen aufweist. Unter den zwischen dem 1—15. Lj. Operirten ist die Mortalität = 0. Mehr auffallend ist die geringe Zahl der in diesem Alter Erkrankten und ich kann hier die Ueberzeugung nicht unterdrücken, die ich bei gelegentlicher Durchsicht des klinischen Materials gewonnen habe, dass die Periproctitiden, die ja bekanntlich stets der Bildung einer Mastdarmfistel vorausgehen, gerade im jugendlichen Alter sehr häufig vorkommen. Dies würde nun bedeuten, dass die Tendenz zur Heilung dieser Endzündungen in diesem Alter eine solche ist, dass es nur ausnahmsweise zur consecutiven Bildung einer Mastdarmfistel kommt, während im späteren Alter dieser Ausgang zur Regel wird. Sollte nicht das seltene Vorkommen der Mastdarm-

fistet in früher Lebensperiode einfach in diesem Umstande seine Erklärung finden? Die Praedisposition zur Erkrankung an Mastdarmfistel im Mannesalter wird einerseits auf die Schädlichkeiten zurückgeführt, welchen gerade die Erwachsenen ammeisten ausgesetzt sind, andererseits aber auch auf die abnorme Beschaffenheit der periproctalen Gewebe und der Mastdarmschleimhaut, welche in dieser Altersstufe zu aller Art Kreislaufsstörungen, Ulecrationen etc. geneigt ist und den auf die einwirkenden Noxen im Vergleich zum jugendlichen Alter den gewünschten Widerstand in ausgiebigem Maasse nicht mehr zu leisten vermag. (Dieser geläufigen Erklärung habe ich keinen Grund irgend etwas hinzuzufügen.)

Das Durchschnittsalter unserer Kranken ist folgendes:

Tab. I.	Tab. II.	Tab. III.
34,08 J.	38,05 J.	36,06 J.

Die Differenz dieser Zahlen ist wohl zu unbedeutend, um uns zu irgend welchen Schlüssen berechtigen zu können.

Gehen wir nun zur speciellen Betrachtung des uns interessirenden Gegenstandes über, so vermissen wir jene ganz bestimmten und constanten Factoren, mit denen wir bisher zu thun hatten. Und ich betone hier nochmals ausdrücklich, dass, so sehr ich auch bemüht war, Alles Wissenswerthe in jedem concreten Falle zu erfahren, ich dennoch der Unzuverlässigkeit und Unsicherheit der gesammelten Daten und somit auch der aus denselben abgeleiteten Schlüsse mir vollkommen bewusst bin. Ja, die Erfahrung lehrte mich, dass je gewissenhafter man in einer statistischen Arbeit verfahren will, desto complicirter und schwieriger werden da-

durch die Verhältnisse und desto unklarer gestaltet sich schliesslich das Ergebniss. Das mag paradox klingen, — es ist aber so. Es gehört entschieden — abgesehen von gründlicher Kenntniss des untersuchten Objects — eine gewisse Routine, ein besonderes Talent und kritischer Sinn dazu, um das wichtige vom nebensächlichen zu trennen und aus der Fülle der Angaben, die über einen gegebenen Fall vorliegen nur das nöthige herauszugreifen, ohne dabei natürlich für dieses oder jenes Resultat der Untersuchung voreingenommen, d. h. der strengen Objectivität — dieser ersten Bedingung einer statistischen Forschung — gerecht zu werden. In solcher kritischen Lage habe ich mich öfters befunden. — So auch gelegentlich des 2-ten Punktes unseres Fragebogens, welcher lautete:

„Ist Ihnen die Ursache des Leidens bekannt?"

Es war von vornherein zu erwarten, dass, je nach dem Bildungsgrade und dem Einbildungsvermögen der Kranken sich die Beantwortung dieser Frage gar mannigfaltig gestalten wird, und wie wenig ich auch hoffen konnte, die Aetiologie der Mastdarmfistel irgendwie zu bereichern, so hoffte ich doch immerhin wenigstens das bereits bekannte darüber bestätigen zu können. Ich sah mich leider auch darin getäuscht: Abgesehen von der bekannten Erkältung, welcher hier natürlich am häufigsten gedacht wurde, hatte man in nicht weniger als 5 Fällen Excesse in Venere mit aller Bestimmtheit als Ursache der Mastdarmfistel angegeben (2 der betreffenden Patienten liessen sich sogar verleiten ihre naive Behauptung durch drastische Schilderung näher zu motiviren), in anderen — ebenfalls nicht vereinzelten — Fällen hatte man den Abusus spirituosorum, in anderem wiederum — „Sorge und Kummer"

mit dem Auftreten der Mastdarmfistel in Zusammenhang gebracht, einmal endlich wurde sogar ein „böser Traum“ ausdrücklich beschuldigt die Entstehung des Leidens veranlasst zu haben. Und was sollte man mit allen diesen und ähnlichen bona fide gemachten Angaben anfangen? Eine ernste Widergabe jener z. Th. recht komischen Lectüre wäre wohl nicht am Platze und es blieb mir daher nichts anderes übrig, als die specielle Rubrik der „angeblichen Ursache“ ganz zu streichen, diejenigen aetiologischen Momente aber, welche mehr oder weniger plausibel erschienen, in der Anamnese unterzubringen. Sehen wir nun, was wir daselbst finden.

Was zunächst die Zeit anbetrifft, welche seit dem Beginn des Leidens bis zur Operation verstrichen ist, so lassen wir darüber die Zahlen reden:

Dauer des Leidens.	Tab. I. a.	Tab. I. b.	Tab. II. a.	Tab. II. b.	Tab. III.	Tab. IV.	Summa.	%
½—1 Monat	2	4	1	1	—	1	9	7,03
1—6 „	9	5	8	—	8	4	34	26,56
6—12 „	3	4	3	—	10	—	20	15,62
1—2 Jahre	5	6	2	5	7	6	31	24,21
2—3 „	—	—	3	1	2	1	7	5,46
3—4 „	3	3	1	—	—	—	7	5,46
4—5 „	—	1	1	—	1	1	4	3,12
5—10 „	3	2	—	2	1	—	8	6,25
10—15 „	—	1	—	1	2	1	5	3,9
15—20 „	—	—	1	—	1	1	3	2,34

Ich führe hier diese Zahlen an, ohne jedoch auf dieselben ein grosses Gewicht zu legen, geschweige denn irgend welche weitgehenden Schlüsse in dieser Hinsicht ziehen zu wollen. Abgesehen davon, dass es in individuellen und rein äusser-

lichen Verhältnissen liegt und wesentlich von dem Erfolge der medicamentösen Behandlung der Mastdarmfistel abhängt, weshalb sich die einen Patienten früher, die anderen später operiren lassen, abgesehen ferner von der Schwierigkeit unter Umständen das Vorhandensein einer Mastdarmfistel zu constatiren, sowie endlich davon, dass die bezüglichen Angaben der Kranken — weil dem Gedächtniss entnommen — nur einen approximativen Werth haben, kann die vorliegende Zusammenstellung schon deshalb kein besonderes Interesse beanspruchen, weil eine genaue Zeitbestimmung des Beginns einer Mastdarmfistel meist absolut unmöglich ist, besonders, wo dieselbe von einer Laesion oder Ulceration der Mastdarmschleimhaut ihren Anfang nimmt, welche Processe sich eben im Gegensatz zu der Proctitiden durch ihren schleichenden, indolenten Verkauf auszeichnen und als solche in der Regel keine beunruhigenden oder lästigen Symptome hervorzurufen pflegen. Uebrigens ist ja jede Fistel — so auch die Mastdarmfistel — als letzter Ausdruck eines destructiven Vorgangs aufzufassen, welcher wohl verschiedene Stadien durchlaufen und sich den Weg nach aussen anbahnen muss. Die Zeit, welche dazu nöthig ist, lässt sich natürlich nicht bestimmen — jedenfalls dürfte sie wohl mehr als 2 oder selbst 4 Wochen betragen. Daher kommen uns auch jene 9 Fälle der obigen Zusammenstellung, bei welchen die Mastdarmfistel erst seit ½—1 Monat bestehen soll, recht zweifelhaft vor und wir sind mehr geneigt anzunehmen — vorausgesetzt, dass die bezüglichen Angaben richtig sind — dass man hierbei mit acuten, in Heilung begriffenen periproctitischen Abscessen zu thun hat, bei welchen die Spontanheilung nicht abgewartet wurde. (Ob die letztere ohne den operativen Eingriff über-

haupt eingetreten wäre, ob es nicht im Gegentheil beim längeren Bestehen zur Bildung einer Mastdarmfistel gekommen sein würde — dies ist eine andere Frage, die man weder bejahen, noch verneinen kann). Mehr glaubwürdig erscheinen schon die 3 nächstfolgenden Procentzahlen unserer Tabelle, welche zwar zu den übrigen im auffallenden Missverhältniss stehen, uns dennoch nichts mehr sagen, als das diejenigen Fälle von Mastdarmfistel am häufigsten zur Vorstellung resp. zur Operation kommen, deren Bestehen zwischen 1 Monat bis 2 Jahre schwankt. Mehr beachtenswerth ist die Thatsache, dass die Mastdarmfistel unter Umständen sehr lange vertragen wird, wie dies die letzten Posten der vorstehenden Zusammenstellung zeigen. Woran das liegt, worin es begründet ist, dass die Mastdarmfistel überhaupt eine so geringe Tendenz zur Heilung zeigt — dafür fehlt uns zur Zeit eine genügende Erklärung.

Die Symptomatologie ist wohl unter allen Umständen am wenigsten geeignet, sicher festgestellte statistisch verwerthbare Daten zu liefern. Es bedarf keiner weiteren Auseinandeesetzung, dass, ebenso wie jedes andere chronische Leiden — so auch die Mastdarmfistel — entsprechend den individuellen Verhältnissen sowie den verschiedenen Phasen ihrer Entwickelung sich auf mannigfaltige Weise äussern und demgemäss auch sehr verschiedene Symptome hervorrufen muss. Dies zeigen auch zur Genüge die betreffenden Mittheilungen der Patienten, welche gerade diesen Punkt ihrer Krankengeschichte mit solcher Ausführlichkeit behandelten, dass es sehr schwierig, ja, sogar unmöglich war, deren Quintessenz in knappster Weise in die betreffende Rubrik einzutragen. Indem

ich darauf verzichte, kann ich nicht umhin, auf jenes Verhältniss aufmerksam zu machen, welches zwischen der Dauer des Leidens und dem Grade der Beschwerden zu bestehen scheint und welches sich in dem Satze formuliren liesse: je kürzer das Bestehen einer Mastdarmfistel, desto ausgesprochener ihre Symptome, so dass — im Gegensatz zu den allerdings häufigeren Fällen, welche laut unserer Zusammenstellung auf den Eingriff des Chirurgen nicht über 2 Jahre warten — viele mit Mastdarmfistel behaftete Patienten selbst bei sehr langem Bestand der Affection (Fall 202) nur über geringe, einzelne sogar über gar keine Beschwerden zu klagen haben und nur von der Angst getrieben »schwindsüchtig zu werden,« sich doch schliesslich zur Operation entschliessen. Damit im Einklang steht die auffallende Thatsache, dass zuweilen (Fall 6 und 37) die Mastdarmfistel nur zufällig entdeckt wird, sowie die von mir gemachte Erfahrung, dass es sonst gesunde Individuen giebt, welche ihre Mastdarmfistel tragen, ohne das Bedürfniss zu empfinden, derenthalben den Arzt zu consultiren [1]).

Ich brauche wohl nicht darauf speciell hinzuweisen, dass sämmtliche in den Tabellen enthaltene anamnestische Daten — so zuverlässig auch viele derselben sein mögen — doch im Ganzen mit grosser Reserve aufzunehmen sind und daher auch den thatsächlichen Verhältnissen kaum entsprechen dürften. Schon der Umstand allein, dass in nicht weniger

1) Mir persönlich sind während dieser Arbeit 9 solcher Fälle bekannt geworden. Der eine derselben betrifft meinen Collegen und Nachbaren Dr. H. S. — der gegenwärtig 30 Jahre alt — seit Kindheit mit Mastdarmfistel behaftet ist, ohne dass ihm die Ursache dafür bekannt wäre. Familie gesund. Eine geringe ab und zu versiegende Secretion ist das einzige lästige Symptom, welches ihn jedoch nicht hindert, die angreifende landärztliche Praxis zu üben.

als 76 Fällen eine Periproctitis als der Beginn der Mastdarmfistel constatirt, dagegen nur in etwa 5 Fällen nach den geschilderten Symptomen eine Proctitis (ich verstehe hier darunter jeden entzündlichen Process auf oder in der Mastdarmschleimhaut) vermuthet werden konnte, rechtfertigt vollkommen unsere Skepsis in Bezug auf diese Angaben. Diese collossale Zahlendifferenz zwischen den beiden Entzündungsformen, von welchen doch stets — sei es von der einen oder von der anderen — eine Mastdarmfistel ihren Anfang nimmt, hat eben ihren Grund darin, dass eine Periproctitis verhältnissmässig früh manifest wird, während die Proctitis meist — mitunter sogar sehr lange — nicht nur dem Laien, sondern auch dem Arzte verborgen bleibt.

Unter den Krankheiten, welche der Mastdarmfistel vorausgegangen sind, finden wir:

In 31 Fällen Unterleibserkrankungen, darunter 13 Mal Haemorrhoiden und 7 Mal Typhus.

In 22 Fällen Brustkrankheiten, darunter 8 Mal Haemoptoë.

In 9 Fällen Trauma (Fall, Stoss, Verletzung mit Clystierspritze etc.) [Fälle: 23, 42, 58, 63, 64, 101, 103, 104, 111].

In 7 Fällen Syphilis (7, 59, 83, 102, 154, 50? 71?).

In 6 Fällen Scrophulosis und endlich

In 3 Fällen schwere Geburt (87), Wochenbett (20), Dammriss (88).

Ueber den causalen Zusammenhang dieser Erkrankungen mit der Mastdarmfistel, lässt sich auf Grund dieser Zahlen nichts Bestimmtes aussagen. Dass ein Trauma unter Umständen die Ursache einer Mastdarmfistel sein kann, dass sich ferner die letztere an eine schwere Geburt, Wochenbett etc. anschliessen kann, dass endlich die Haemorrhoiden in der

Aetiologie der Mastdarmfistel keine geringe Rolle spielen — ist eine hinlänglich bekannte, durch die Erfahrung vielfach gestützte Thatsache. Wie es sich aber in dieser Beziehung mit den übrigen hier angeführten Krankheiten, namentlich aber mit Tuberculose verhält — dafür fehlt uns ein sicherer Anhaltspunkt. Das eine scheint nur aus vorstehender Zusammenstellung mit gewisser Bestimmtheit hervorzugehen, nämlich, dass der Phthisis pulm. keine besondere Dignität in der Aetiologie der Mastdarmfistel zukommt. Denn selbst angenommen, dass von den 22 Fällen von Brustkrankheiten die Hälfte auf Schwindsucht entfällt — was wohl eher zu hoch, als zu niedrig angeschlagen ist — so wäre selbst dann noch daraus kein hoher Procentsatz auszurechnen. Dies würde zwar mit der Angabe mancher Autoren (Louis, Andral u. A.) stimmen, dass die Mastdarmfistel bei Phtisikern ein sehr seltenes Ereigniss ist, andererseits aber den Erfahrungen vieler Chirurgen widersprechen, welche gerade das Gegentheil behaupten. Auf diese Frage wurde, wie wir weiter sehen werden, erst neuerdings einiges Licht geworfen.

Aus der Anamnese erfahren wir ferner, dass in 10 Fällen bereits wegen Mastdarmfistel operirt wurde, und zwar:

In 1 Falle 3 Mal im Laufe von 14 Jahren (61)
„ 2 Fällen je 2 Mal „ „ „ 1 resp. 10 Jahren (95, 144)
„ 3 „ „ 1 „ vor 1—1½ Monaten (21, 67, 196)
„ 1 Fall 1 Mal „ 6 „ (137)
„ 2 Fälle je 1 Mal „ 1 Jahre (18, 106) und
„ 1 Fall 1 Mal „ 3 Jahren (69).

In 12 Fällen hatte sich die Mastdarmfistel im Gefolge eines Recidivs der Periproctitis entwickelt und in mehreren

Fällen konnte überhaupt Nichts genaueres darüber ermittelt werden.

Man könnte vermuthen, dass dem Recidiv einer Mastdarmfistel stets eine constitutionelle Erkrankung zu Grunde liegt, indessen giebt uns eine nähere Betrachtung der betreffenden 10 Fälle keinen Beleg dafür, ja, selbst der interessanteste und der einzige erblich belastete Patient dieser Categorie (61) ist, trotz seiner 50 Jahre, gegenwärtig gesund und weiss uns aus seiner Krankengeschichte kein Moment anzugeben, welches uns jene Neigung zu den Recidiven irgendwie erklären könnte.

Wenn ich nun zum Schluss dieser Betrachtungen noch der hereditären Verhältnisse mit einigen Worten gedenken will, so beabsichtige ich damit keineswegs einen neuen Factor in die Aetiologie der Mastdarmfistel hineinzubringen. Da ich aber ursprünglich die Beziehung der Mastdarmfistel zur Phthisis pulm. speciell in's Auge fassen sollte, so musste dabei natürlich unter Anderem auch auf die Erblichkeitsverhältnisse eine besondere Aufmerksamkeit gelenkt werden. So ist es denn auch gekommen, dass ich denselben eine besondere Rubrik in den Tabellen widmete.

Bevor ich jedoch das bezügliche Ergebniss unserer Nachforschungen mittheile, wäre es vielleicht von principieller Wichtigkeit zunächst zu erörtern, was man überhaupt unter „hereditärer Belastung", „erblicher Anlage" verstehen soll. Es ist hier aber nicht der Ort und noch weniger habe ich das Recht dazu, darüber zu discutiren, — es genüge daher zu constatiren, dass über dieses Thema die Gelehrten noch nicht im Klaren sind, jedenfalls in der Art und Weise der Anwendung jener Begriffe in jedem concreten Falle eine grosse

Willkühr herrscht — ein Uebelstand, welchen eine Statistik, die mit diesem Factor zu rechnen hat, lebhaft empfinden muss.

Bereits beim Beginn dieser Arbeit, als ich mit der Redaction des Fragebogens, welcher an die Kranken geschickt werden sollte, beschäftigt war, war ich unschlüssig darüber, wie ich die Frage nach der Heredität stellen soll, um einerseits möglichst praecise und brauchbare Daten zu erhalten, andererseits aber mit der Wissenschaft nicht in Conflict zu gerathen. Man pflegt das Vorkommen der Phthise in der Familie als besten und sichersten Maasstab der erblichen Belastung anzusehen. Wie ist hier aber der Ausdruck „Familie" aufzufassen? Es ist doch klar, dass auf je mehr Familienmitglieder und — Generationen wir diesen Begriff ausdehnen, unsere Ausbeute um so reicher sein muss, d. h. wenn wir im Stande wären uns bei jedem unseren Patienten nach seinen Eltern, Grosseltern, Ureltern etc. zu erkundigen, wir wohl kaum einen einzigen Fall finden würden, wo die Schwindsucht nicht zu verzeichnen wäre. Giebt uns nun hier die Wissenschaft eine bestimmte Grenze an? Dürfen wir nicht etwa auch dasjenige Individuum als tuberculös belastet nennen, dessen Grossvater z. B. an Phthisis pulm. zu Grunde gegangen ist? Kann denn die Mastdarmfistel bei einem Kranken, dessen Eltern z. B. und Geschwister notorisch gesund sind, dessen Kind aber an Meningitis tuberculosa starb, nicht mehr als Ausdruck einer heriditären Anlage gelten? Die Frage bleibt vorläufig noch offen.

Aber selbst zugegeben, dass uns die Wissenschaft ein sicheres Criterium in dieser Hinsicht liefern würde, so wäre dadurch doch nur wenig gewonnen. Denn ausser der Phthise giebt es doch auch andere Leiden — wir

erinnern blos an die so häufige Gelenk- und Knochentuberculose —, die ja mit ebensolchem Recht als Ausdruck der erblichen Belastung angesehen werden dürfen, und so wenig wir auch darüber aus vorstehenden Tabellen erfahren, so ist doch nicht daran zu zweifeln, dass bei vielen unserer Kranken ein strenges daraufhin speciell gerichtetes Examen dieses oder jenes tuberculöse Leiden an den Tag gebracht hätte. Mir ist wenigstens aus der Reihe der Fälle, welche in Bezug auf das vermeintliche Verhältniss der Mastdarmfistel zur Phthisis pulm. ein besonderes Interesse darzubieten schienen, kein einziger bekannt geworden, wo jenes Controllexperiment nicht gelungen wäre. Und wenn wir dazu noch den modernen Anschauungen gerecht bleiben wollten, wonach Scrophulose und Tuberculose zu identificirende Processe seien, so würden wir vollends mit unserer Statistik der Heredität in die Enge getrieben werden.

Bei Allem dem bleibt natürlich auch der Zweifel an der Zuverlässigkeit der Angaben unserer Patienten, ja, hier vielleicht am meisten geltend, und es wäre in der That nach Allem eben Gesagten geradezu naiv, einem Laien zuzumuthen, uns eine befriedigende Antwort in dieser Beziehung zu geben, schon abgesehen davon, dass die Patienten nur sehr selten über den weiteren Kreis ihrer Blutsverwandten informirt zu sein pflegen. Mit Angaben aber, wie „Mutter seit längerer Zeit brustleidend", „Kinder scrophulös", „Vater an heftigen unstillbaren Durchfällen leidend", „Eltern an Brustkrankheiten gestorben" etc. ist nichts anzufangen und noch weniger verträgt es sich mit der Aufgabe einer exacten Forschung auf solch' oberflächliche Daten etwaige Schlüsse zu bauen. Ich will es nicht risquiren und begnüge mich daher festzustellen,

dass die Nachfragen über die Tuberculose in der Familie in dem Sinne, wie es sonst üblich ist, Folgendes ergeben haben:

1) In 37 Fällen handelte es sich höchst wahrscheinlich um Tuberculose (fast ausnahmslos Phthisis pulm.).

2) In 23 „ handelte es sich um Erkrankungen, welche mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit Tuberculose vermuthen liessen (Scrophulon. schwere chronische Brustkrankheiten, Hämoptoë, unstillbare Durchfälle etc.).

3) In 98 „ war die Tuberculose nicht nachweisbar („Familie gesund") und endlich

4) In 45 „ konnte überhaupt nichts über den Gesundheitszustand der Angehörigen eruirt werden.

Auf die einzelnen Tabellen vertheilen sich diese Fälle folgendermassen:

	Tab. I.		T. II.		T. III.	T. IV.	Summa.
	a.	*b.*	*a.*	*b.*			
1.	12	9	5	3	6	2	37
2.	6	5	1	3	4	4	23
3.	24	16	15	8	27	8	98
4.	2	4	2	1	13	23	45.

Nehmen wir nun der leichteren Uebersicht halber die unter 1. und 2. angeführten Zahlen für gleichwerthig an, und bezeichnen wir ferner die Tabellen I*a* und I*b* als absoluten Erfolg, die Tabellen II*a* und II*b* als relativen Erfolg und und schliesslich die Tabelle III als absoluten Misserfolg und

sehen wir dabei von den unbekannten Fällen (4.) ganz ab, so resultirt daraus folgendes Procentverhältniss:

	Abs. Erfolg.	Rel. Erfolg.	Abs. Misserfolg.
Operirte aus erbl. bel. Fam.	23,3	8,4	7,0
Operirte aus gesunder Fam.	27,2	16,1	19,0.

Merkwürdig! Abgesehen von einer geringen Differenz zwischen der ersten und der darunter stehenden Zahl, weisen sonst die aus erblich belasteter Familie stammenden Operirten viel bessere Erfolge auf, als jene aus gesunder Familie. Darnach müssen wir nun zum Schlusse gelangen, dass der Abstammung in Bezug auf den definitiven Ausgang der an Mastdarmfistel Leidenden nicht jene prognostische Bedeutung zukommt, die ihr vindicirt werden müsste, wenn die Ansicht, dass die Mastdarmfistel stets nur eine Theilerscheinung einer bereits bestehenden oder wenigstens in naher Aussicht stehenden Lungen- oder Darmphthisis sei, richtig wäre.

Uebrigens zeigen die 2 ersten Fälle der Tabelle Iα wohl am besten, was von der erblichen Anlage in der Aetiologie der Mastdarmfistel zu halten ist: beide Patienten — erblich belastet wurden im J. 1870 wegen Mastdarmfistel operirt und sind bis dato gesund.

Als Curiosa erwähne ich hier schliesslich jene Fälle (93, 116), wo das Bestehen einer Mastdarmfistel in der Familie der Patienten constatirt wurde. Besonders interessant in dieser, sowie auch in mancher anderen Hinsicht ist der Fall 93.

Aus Allem dem sehen wir aber, mit welcher Vorsicht Schlussfolgerungen, auf Grund principiell zwar richtiger, für den einzelnen Fall aber nicht in allen Punkten unbedingt zutreffender Praemissen, zu machen sind.

Fassen wir nun die nächstfolgende Rubrik der Tabellen in's Auge. Es wäre überflüssig zu betonen, dass die sich auf die Diagnose der Mastdarmfistel sowie auch auf den Status praesens der betreffenden Patienten beziehenden Notizen in den klinischen Journälen und Krankengeschichten nicht immer so mangelhaft waren, wie man es nach unseren spärlichen Mittheilungen allerdings vermuthen könnte. Im Gegentheil fanden wir hier ab und zu genauere Bemerkungen, mitunter sogar sehr ausführliche und treffliche Beschreibungen. Dies gilt aber leider nur von einem verhältnissmässig sehr geringen Theil der Fälle, während in überwiegender Mehrzahl entweder ausser der Diagnose „Fistula ani" nichts mehr angegeben wurde, oder die etwaigen Details doch nicht der Art waren, dass sie, in gedrängter Form wiedergegeben, eine statistiche Verwerthung finden könnten. Dies erscheint verständlich, wenn man bedenkt, wie schwer die Erkenntniss einer Mastdarmfistel wird, wenn es sich darum handelt, den specifischen Charakter der Ulceration in jedem Falle zu präcisiren. Wir denken hier vor Allem an die tuberculöse Mastdarmfistel, bei der wir einen Augenblick verweilen möchten. Damit berühren wir zwar die schwächste Seite des uns interessirenden Gegenstandes und streifen an das noch in vielen Punkten dunkle Gebiet der chirurgischen Tuberculose, nichts destoweniger schien es uns geboten — soweit es geht — unser Material auch in dieser Hinsicht zu prüfen.

2 Criterien sind es, nach denen man sich bei Beurtheilung der tuberculösen Natur einer Affection zu richten pflegt: Anamnese des Kranken und Status praesens. (Unter letzterem ist der anatom.-patholog. Befund und das klinische Bild zu verstehen.) Die erstere haben wir bereits besprochen und

wir sahen dabei, dass weder das Alter der an Mastdarmfistel Leidenden, noch die überstandenen Krankheiten, am wenigsten aber etwaige hereditäre Anlage uns hierbei einen sicheren Anhaltspunkt geben. Und so werden wir auf den status angewiesen.

Im Allgemeinen sind wohl die Charaktere einer tuberculösen Affection — ihr macroscopisches Aussehen, vor Allem aber ihre histiologische Structur so ausgesprochen, dass man auf Grund derselben in jedem gegebenen Falle über die Diagnose kaum in Zweifel sein dürfte. Dies gilt jedoch — wie wir gleich sehen werden — nur zum Theil für die Mastdarmfistel. Was zunächst die diagnostische Bedeutung des Bacillus tuberculosus anbetrifft, so hat das, was die Untersuchungen in dieser Hinsicht über die anderen localen Tuberculosen ergeben, auch in Bezug auf die Mastdarmfistel seine volle Geltung. Auch hier könnten wir also den heutzutage wohl von Niemanden bezweifelten Satz wiederholen, dass man aus dem Vorhandensein der Bacillen auf die tuberculöse Natur des Processes unbedingt schliessen kann, während das Fehlen oder vielmehr das Nichtauffinden derselben noch keineswegs die Tuberculose ausschliesst[1]).

Uebrigens wenn man den Ausspruch König's[1]) hört: „Wer noch nicht gelernt hat aus dem pathol.-anatom. Befund, macro- und microscopischen Bild und dem klinischen Verlauf die Diagnose zu stellen, der soll überhaupt davon bleiben eine Knochen- oder Gelenktuberculose zu erkennen", so wäre

---

1) Auf meine eigene Erfahrungen bezüglich dieser schwierigen und einer vollkommenen Beherrschung der Technik bedürfenden Untersuchungsmethode, will ich mich durchaus nicht berufen, möchte jedoch nicht unerwähnt lassen, dass in einem Falle (167), den ich daraufhin prüfte und wo die Anwesenheit der Bacillen vermuthet werden musste, dieselben vermisst wurden.

man geneigt aus der Analogie dasselbe auch von der tuberculösen Mastdarmfistel zu behaupten. Wie verhält es sich nun damit? Es ist wohl bekannt, dass je nach der verschiedenen Localisation der chirurgischen Tuberculose, je nach den anatomischen Verhältnissen der verschiedenen Körperregionen und der verschiedenen Beschaffenheit der betroffenen Gewebe — jeder derselben ausser den obenerwähnten allen gemeinsamen typischen Zeichen, noch besondere Eigenthümlichkeiten zukommen. Als solche werden nun für die Mastdarmfistel angeführt: „der Mangel jeder callösen Härte in der Umgebung, die dünne Beschaffenheit des Eiters“ (Albert) „dünne, unterminirte Haut, mannigfach verzweigte Fisteln mit verschiedenen Recessus und sclerotischer Umgebung massenhafter, sulzigen, geléeartiger Granulationen“ (Vollkmann). Diese zwei, sich zum Theil gegenseitig widersprechenden Citaten, zeigen wohl deutlich, wie wenig constant die Merkmale einer tuberculösen Mastdarmfistel sind, — sie lehren uns im Gegentheil, dass — wie eine jede — ebenso auch eine Mastdarmfistel je nach ihren verschiedenen Phasen, welche ihrerseits durch ein längeres oder kürzeres Bestehen des Leidens, aetiologische, vielleicht auch rein individuelle Verhältnisse und endlich therapeutische Versuche (Aetzmittel) bedingt sein mögen, ein recht mannigfaltiges klinisches Bild darbieten kann. Und selbst wenn wir von der allerdings noch recht hypothetischen Möglichkeit absehen, wonach eine beliebige Ulceration oder gar eine einfache Wunde sich unter günstigen Bedingungen in eine tuberculöse verwandeln kann, so lässt sich doch nicht bestreiten, dass ein tuberculöser Herd, welcher zur Bildung der Mastdarmfistel führte, bereits ganz oder zum Theil ausgeheilt sein kann oder — wenn vorhanden — doch so verborgen bleibt, dass man nicht

im Stande ist, ihn intra vitam zu entdecken, während die Beschaffenheit der vorhandenen Mastdarmfistel ihren infectiösen Charakter keineswegs zu verrathen braucht. Denkbar ist ja auch, dass die Mastdarmfistel in eine exquisit tuberculöse, mit charakteristischer Abscessmembran ausgekleidete Höhle führt, ohne dass man ihr deshalb dieses ansehen könnte.

So wichtig nun auch — freilich nur theoretisch — die Excision eines Stückes einer Mastdarmfistel behufs histiologischer Untersuchung für deren Diagnose sein mag, so ist sie doch eigentlich nur da indicirt, wo die Mastdarmfistel die erste Localisation der Tuberculose — sog. „primäre Tuberculose" darstellt und zwar, wo sich das Leiden in seinen ersten Anfängen befindet — Fälle die ja bekanntlich der Chirurg — wenn überhaupt — nur höchst selten zu beobachten Gelegenheit hat. Meist, ja vielleicht ausnahmslos, hat derselbe eben ein fortgeschrittenes Stadium der Affection vor sich, wo die charakteristischen Eigenthümlichkeiten, aus denen ein vorsichtiger Schluss auf die Natur des Processes noch erlaubt wäre, so verwischt sind, dass, — wie Engel sagt — auch der geübteste patholog. Anatom nicht im Stande sei, selbst auf dem Leichentische, ein sicheres Urtheil darüber abzugeben. Findet man nun ein Individuum, bei welchem der „phthisische Habitus" sowie die Beschaffenheit der Mastdarmfistel den Verdacht auf Tuberculose erweckt, bei welchem die Untersuchung eine tuberculöse Erkrankung irgend eines Organs — vor Allem der Lungen — nachweist oder doch wenigstens wahrscheinlich macht, findet man in der Anamnese ein aetiologisches Moment, welches dafür zu sprechen scheint und wird endlich eine hereditäre Anlage festgestellt — so sagt man, die Mastdarmfistel sei „secundär" entstanden, sie habe sich „auf tuberculöser Basis" entwickelt.

Die Erfahrungen über chirurgische Tuberculosen haben nun die Unhaltbarkeit einer solchen Annahme zur Genüge dargethan und es steht heutzutage fest, dass alle jene bereits erwähnten Momente bei der Beurtheilung des tuberculösen Charakters einer Affection von keiner Bedeutung sind. Beachten wir aber,

dass von einer tuberculösen Mastdarmfistel auch dann die Rede sein kann, wo der sonstige Befund negativ ist, d. h. wo es sich um eine rein locale Herderkrankung handelt,

dass andererseits ein notorisch tuberculöses Subject synchronisch mit irgend einer tuberculösen Erkrankung auch eine Mastdarmfistel acquiriren kann, welche deshalb noch keine Zeichen der Tuberculose an sich zu tragen braucht,

dass, wie jedes andere Leiden — so auch die Mastdarmfistel ganz unabhängig von dem Boden, auf dem sie sich entwickelt, sich mit beliebiger Erkrankung — also auch mit Lungenschwindsucht combiniren kann,

und dass die tuberculösen Erkrankungen sehr häufig multipel auftreten — also auch eine tuberculöse Mastdarmfistel eben nur ein Glied dieser Kette bilden kann; beachten wir ferner,

dass nächst dem Respirationsapparat der Darmtractus am häufigsten von der Tuberculose befallen wird,

dass die Ostien der Praedilectionssitz der Tuberculose sind, und

dass endlich die Tuberculose, deren Ausdruck im gegebenen Fall eine Mastdarmfistel ist, nicht nur von der Mastdarmschleimhaut, sondern ebenso gut von den benachbarten Geweben (Lymphdrüsen, vereiterte Thromben des periproctaten Venennetzes etc.) ihren Anfang nehmen kann,

so scheint der Schluss nahe zu liegen, dass die „primäre" Tuberculose des Mastdarms resp. die tuberculöse Mastdarmfistel viel häufiger vorkommen dürfte, als dies früher angenommen wurde und auch auf Grund unserer Daten anzunehmen wäre. Damit soll jedoch nicht behauptet werden, dass die Mastdarmfistel von vornherein als tuberculöses Geschwür äusserlich am After auftritt, noch weniger aber, dass ihre Diagnose unter allen Umständen leicht wäre. Im Gegentheil, bleibt dieselbe wohl fast immer unerkannt, weil bekanntlich gerade bei tuberculösen Individuen die Vereiterung des periproctitischen Zellgewebes langsam und ohne besondere Schmerzen vor sich geht, d. h. ohne irgend welche auffallende Symptome, welche eben erst dann eintreten können, wenn der locale Process — bereits fortgeschritten — zur Bildung der Mastdarmfistel führte und möglicherweise sich an denselben eine anderweitige tuberculöse Erkrankung angeschlossen hat.

Weiter unten werden wir noch ein Moment kennen lernen, welches den obigen Schluss betreffs des häufigeren Vorkommens einer tuberculösen Mastdarmfistel zu bestätigen scheint — nämlich die Thatsache, dass die meisten an Mastdarmfistel Leidenden schliesslich an Tuberculose zu Grunde gehen.

Wir sind leider nicht im Stande unsere obigen Behauptungen mit Zahlen aus den vorstehenden Tabellen zu belegen. Es war aber auch von vornherein anders nicht zu erwarten: Viele der im Vorstehenden berührten oder nur angedeuteten Punkte sind eben noch lange nicht erledigt und deshalb wohl auch wenig geeignet im Lichte einer Statistik betrachtet oder geprüft zu werden, der Umstand aber, dass die dieser Arbeit zu Grunde liegenden Beobachtungen einen Zeitraum von 15

Jahren umfassen, während dessen bekanntlich die Lehre von der Tuberculose einen gewaltigen Umschwung erfahren hat, gestattet uns nicht alle jene Fälle im Sinne der gegenwärtig herrschenden Anschauungen zu deuten. Uebrigens lassen sich aus den betreffenden, sehr spärlichen und fast überall gleichlautenden Angaben unserer Tabellen überhaupt gar keine Schlüsse ziehen, denn mit Ausnahme jener 2 Fälle, wo wir die stricte Diagnose »Fistula ani e tuberculosi« antreffen, liesse sich — unserer Auseinandersetzung zu Folge — sonst in keinem mit absoluter Bestimmtheit sagen, ob die Mastdarmfistel tuberculösen oder nichttuberculösen Ursprungs gewesen, geschweige denn zu entscheiden, ob es sich um primäre oder secundäre Tuberculose gehandelt hat. Unter solchen Umständen aber eine Statistik liefern zu wollen — wäre geradezu absurd.

Es ist seit Alters her üblich, — traditionell geworden, auf die Diagnose »Fistula ani« eine nähere Bezeichnung der letzteren folgen zu lassen, worin besonders die älteren Autoren sehr peinlich waren. Es ist nicht zu leugnen, dass es in jedem einzelnen Falle von der grössten practischen Wichtigkeit ist — in Anbetracht des in Aussicht gestellten operativen Eingriffs — zu wissen, ob es sich um eine unvollkommene äussere, unvollkommene innere, oder endlich um eine complete Mastdarmfistel handelt. Ein besonderes theoretisches Interesse kommt aber — glaube ich — diesen Bezeichnungen nicht zu, indem sie zur Aufklärung der Natur des Leidens nicht das geringste beitragen. Der alte Streit bezüglich der Lage der rectalen Mündung ist bekanntlich von Ribes endgültig gelöst und neuerdings von Chiari hinlänglich begründet worden, — der Aetiologie der Mastdarmfistel ist man dadurch doch nicht

auf ein Haar näher gekommen, und wir müssen gestehen selbst mit unserem quoad quantitatem reichen Material nicht im Stande zu sein, irgend einen brauchbaren Beitrag in dieser Hinsicht zu liefern. Es würde uns zwar nich schwer fallen, unsere 203 Fälle in diesem Sinne tabellarisch zu ordnen, um zu sehen, unter welchen Bedingungen es zur Bildung dieser oder jener Form der Mastdarmfistel kommt, aber eine solche Procedur wäre in diesem Falle durchaus fehlerhaft und das ganze Unternehmen fruchtlos. Jedem Chirurgen sind die Schwierigkeiten bekannt, mit welchen das Auffinden der analen Fistelmündung verknüpft ist: mit der feinsten Sonde vermag man oft nicht den Fistelgang zu finden resp. zu passiren und auch die übrigen dazu angegebenen Untersuchungsmethoden sind nicht zuverlässig genug, um im gegebenen Falle mit apodictischer Sicherheit sagen zu können, ob eine incomplete oder complete Mastdarmfistel vorliegt. So ist es denn auch kein Wunder, dass eine unvollkommene äussere Mastdarmfistel in unseren Tabellen am häufigsten gefunden wird, dagegen eine unvollkommene innere, welche doch theoretisch ebensogut denkbar ist, kein einziges Mal angetroffen wird. Und wenn diese Thatsache wohl schon allein vollständig genügt, um hier auf alle statistischen Berechnungen zu verzichten, so entschliessen wir uns dazu um so lieber, als ja — wie gesagt — in vielen unserer Fälle nur die allgemeine Diagnose »Fistula ani« lautet. Aus demselben Grunde hielten wir uns für berechtigt auch alle jenen Details und näheren Beschreibungen, die sich auf die Beschaffenheit der Mastdarmfistel (Richtung und Länge derselben, Abstand der Fistelöffnung vom Anus, Beschaffenheit des Eiters etc. etc.) bezogen, in den Tabellen ganz unerwähnt zu lassen.

Seit jeher wurde die Frage aufgeworfen und sehr lebhaft, besonders im Alterthum discutirt, ob eine Mastdarmfistel auf künstlichem Wege geheilt werden darf. Den Grund zu dieser Erwägung gab die Furcht vor der Operation, bedingt durch die Beobachtung, dass dem chirurgischen Eingriff resp. der Heilung der Mastdarmfistel sehr häufig eine Verschlimmerung des anderweitig bestehenden „ursächlichen" Leidens, nicht selten sogar der tödtliche Ausgang desselben folgt, woraus nun die Ansicht hergeleitet wurde, dass jede Fistel — somit auch die Mastdarmfistel — ein von Natur angelegtes Secretionsorgan sei, welches vicariirend für eine Brust- oder Unterleibserkrankung auftritt. Dies ist nun z. Th. bereits überwundener Standpunkt geworden, obwohl noch viele darauf bezügliche Fragen ihrer Erledigung harren. Durch die Kenntniss der localen Tuberculose und die Würdigung der Rolle, welche derselben unter den chirurgischen Erkrankungen zukommt, erhalten jene unzweifelhaft richtig beobachteten Thatsachen erst jetzt ihre richtige Deutung. Seitdem nämlich die Fistula ani in die Reihe chirurgischer Tuberculosen aufgenommen ist, wissen wir, dass allerdings auch bei vorhandener Tuberculose, welche ja bekanntlich als Phthisis pulm. am häufigsten in die Erscheinung tritt, es secundär zur Bildung einer Mastdarmfistel kommen kann, dass aber „ein Theil der Mastdarmfisteln von vorne herein die Bedeutung tuberculöser Geschwüre hat", welchen secundäre Ablagerungen in anderen Organen — meist in den Lungen — folgen können. So erklären sich auch — abgesehen von den übrigen bereits oben angedeuteten Möglichkeiten — jene so oft ventilirten und von den älteren Autoren so sehr betonten Beziehungen der Mastdarmfistel zur Lungenschwindsucht auf eine einfache, ungezwungene

Weise. Darnach aber darf uns selbst jener scheinbar am meisten räthselhafte Umstand, dass die Operation einer Mastdarmfistel, so oft eine Verschlimmerung des Allgemeinzustandes (der bereits vorhandenen anderweitigen Erkrankung) oder gar den baldigen Tod des betreffenden Patienten zur Folge hat*), gar nicht so auffallend vorkommen. Denn wenn wir einerseits daran festhalten, dass jede die Ernährung des Organismus — und was damit zusammenhängt — seine vitale Energie herabsetzendes Moment, jede — wie man sagt — „Depotenzirung" desselben der Entwickelung resp. dem Fortschreiten der Tuberculose unter günstigen Bedingungen Vorschub leisten kann, andererseits aber bedenken, dass Viele der mit Mastdarmfistel Behafteten oft Jahre lang von ihrem Leiden geplagt werden und sich erst zur Operation entschliessen, wenn dasselbe bereits unerträglich geworden, der continuirliche — oft colossale Eiterverlust aber unterdessen einen grossen Kräfteverfall bedingte, — so darf uns nicht wundern, dass eine Mastdarmfistel so oft den Gedanken einer Tubereulose resp. Phthisis pulm. involvirt. Dazu kommt noch, dass die Operation der Mastdarmfistel — so wenig eingreifend dieselbe bei der heutigen Asepsis in den meisten Fällen auch sein

1) Es sei mir gestattet, hier die Krankengeschichte eines Patienten (167) in Kürze mitzutheilen, an dem ich diesen merkwürdigen Verlauf zu beobachten Gelegenheit hatte. E W. Controlleur 38. a. n., dessen Vater an Phthisis pulm. gestorben, hat vor 20 Jahren eine acute Pneumonie und später einen Magendarmkatarrh durchgemacht. Vor 10 J. — ein periproct. Abscess, seitdem — eine Mastdarmfistel. Status praesens bei der Aufnahme: Fistula ani. Infiltration beider Lungenspitzen bei relativ sehr gutem Wohlbefinden. Mai 85. Operation: Discisio, Canterisatio — übliche Nachbehandlung. Normaler Heilungsverlauf. Während der 3 Wochen, die ich den Patienten nicht gesehen, kam derselbe so herunter, dass man ihn kaum wiedererkennen konnte und der Zustand seiner Lungen hat sich dermassen verschlechtert, dass der P. mit in Heilung begriffener Operationswunde in einen climatischen Curort expedirt werden musste. Aber auch dort trat keine Besserung ein und wie ich aus dem mir von seiner Frau im März dieses Jahres zugegangenen Briefe erfuhr, ist der Patient bereits im November 85 an Lungenschwindsucht gestorben.

mag — doch immerhin ein kürzeres oder längeres Krankenlager, Schwäche, mitunter Fieber etc. hervorruft — Momente, welche wohl geeignet sind, besonders bei bereits vorhandener „Disposition" den Bacillen einen günstigen Nährboden zu liefern, auf dem sie nun ungestört ihre deletäre Wirkung entfalten.

Darin steckt wohl das Geheimniss jener Coincidenz der Mastdarmfistel mit Phthisis pulm., welche den Klinikern aller Zeiten so auffallend erschien; so erklärt sich aber auch, warum man noch heute mit Recht in jedem Falle einer Mastdarmfistel aufgefordert wird die Lungen genau zu untersuchen.

In ähnlichem Sinne wäre vielleicht auch jene „ableitende Wirkung" einer Mastdarmfistel zu deuten, — eine Frage, die trotz aller Errungenschaften der Neuzeit auf dem Gebiete der Tuberculose, noch lange nicht gelöst ist. Allerdings glaubt heutzutage Niemand an einen heilsamen Einfluss der Mastdarmfistel in dem Sinne, wie es sich die Alten vorstellten — nämlich, dass die in den Lungen angesammelte Materia peccans sich nun einen Weg nach aussen bahnt, — wenn man aber an jene wohlbekannte, wenn auch vorläufig noch nicht ergründete Abhängigkeit denkt, welche z. B. zwischen einem Trauma und der Tuberculose besteht, so spricht nichts der Annahme entgegen, dass es sich hier um ähnliche Verhältnisse handeln möge. Danach wäre nun etwa die Operation als ein Trauma aufzufassen, welches das labile Gleichgewicht zwischen der tuberculösen Mastdarmfistel und dem gleichzeitig bestehenden anderen tuberculösen (Phthisis pulm.) stört, was nun zur Folge hat, dass die bis dahin ruhenden Bacillen an einem Orte beseitigt, anderweitig mit desto grösserer Vehe-

menz ihr böses Spiel zu treiben beginnen, d. h. die bisher latente Tuberculose nunmehr manifest wird.

Ob und in wiefern nun der Act der Operation selbst auf den Verlauf der Tuberculose — wir meinen die „chirurgische Impftuberculose", Autoinfection" auch in Bezug auf die tuberculöse Mastdarmfistel vom Einfluss sein dürfte und der letale Ausgang nach der Operation auf diesen Umstand zu beziehen sei — dies zu entscheiden bleibt der Zukunft vorbehalten; — die Frage ist vorläufig noch zu problematisch und wir haben keinen Grund jene Fälle (123, 162.) aus den Tabellen, wo der tödtliche Ausgang unmittelbar mit der Operation zusammenzuhängen scheint, in diesem Sinne zu deuten.

Gehen wir nun vom Hypothetischen zu den Thatsachen über, so steht es fest, dass die Mastdarmfistel zu allen Zeiten operirt wurde und auch heute operirt wird. Während aber früher die Operation einem rohen und barbarischen Verfahren glich und deshalb mit Recht so gefürchtet wurde, ist dieselbe heute — Dank der vervollkommneten Technik — zu einem verhältnissmässig harmlosen Eingriff geworden.

Unter 203 der zusammengestellten Fälle finden wir nur 10 nicht-operirte (6 Patienten, von denen es nicht bekannt ist, ob sie operirt worden sind, oder nicht, rechne ich nicht mit), sei es, dass die Operation verweigert wurde (22, 77, 81, 87) oder dass dieselbe aus irgend welchen Gründen contraindicirt war (102, 147, 151, 154, 155, 164).

Auf die einzelnen Tabellen vertheilen sich diese Fälle, wie folgt:

Tab. I.		Tab II.		Tab III.
a.	b.	a.	b.	
1	0	3	1	5

Bei den 4 ersten Fällen wurde die Operation verweigert, während aber der erste (22.) bis dato gesund ist, besteht bei den übrigen (77, 81, 87) die Mastdarmfistel wie vorher. In 2 Fällen wird in der Anamnese Syphilis erwähnt; der eine (102) leidet neben seiner Mastdarmfistel am Recidiv der Lues, der andere (154) — tuberculös erblich belastet — starb 3 Jahre später nach vorausgegangener antisyphilitischer Cur an Phthisis pulm. 3 folgende Patienten (151, 155, 164) waren bereits bei ihrer Vorstellung in der Klinik phthisisch und sind auch alle diesem Leiden erlegen. Endlich derjenige, (147) welcher bereits seit 20 Jahren an Mastdarmfistel laborirte, starb ebenfalls an Phthisis pulm., nachdem vorher eine Spontanheilung der Mastdarmfistel eingetreten sein soll. Ob eine dauernde Spontanheilung der Mastdarmfistel wirklich stattfindet, wofür ich ausser dem eben genannten noch einige Fälle anführen könnte, muss ich dahingestellt sein lassen.

In Bezug auf die Operation der Mastdarmfistel tuberculösen Ursprungs sind die Ansichten der Chirurgen noch getheilt und während die Einen vor jedem bedeutenderen Eingriff in solchen Fällen warnen, plaidiren die Anderen gerade für energisches radicales Verfahren. In einem Punkte scheinen jedoch alle Autoren einig zu sein — heruntergekommene Individuen mit vorgeschrittener Tuberculose anderer Organe (Phthisis pulm.) überhaupt nicht zu operiren und es muss überraschen, dass wir in unseren Tabellen verhältnissmässig viele Fälle finden, wo die Operation trotzdem ausgeführt wurde. Dies nöthigt uns anzunehmen, dass hier besondere Verhältnisse vorlagen, in Anbetracht deren die Operation indicirt erschien, dass nämlich die zu erwartenden Vortheile

einer palliativen Erleichterung doch grösser waren, als die Nachtheile, welche daraus erwachsen konnten.

Was nun die verschiedenen Operationsmethoden anbetrifft, welche bei der Behandlung einer Mastdarmfistel in Frage kommen und speciell auf der Breslauer Klinik geübt wurden, kann ich nur referiren, dass während man sich früher öfters des Messers bediente, ist in den letzten Jahren die Galvanocaustik fast ausschliesslich in Gebrauch. Eine Statistik hierzu kann ich nicht geben, weil lange nicht in allen Fällen die Methode der Operation angegeben wurde, weshalb ich mich auch durchweg mit der Angabe, ob operirt oder nicht operirt, begnügen musste.

Desgleichen haben wir über den Zustand unserer Patienten nach erfolgter Operation sowie über die Dauer der Reconvalescenz verhältnissmässig wenige genauere Notizen, da ein grosser Theil der Operirten die vollständige Heilung in der Klinik nicht abwartet, sondern zur poliklinischen oder Selbstbehandlung entlassen wird.

Ueber die definitiven Ausgänge bei den wegen Mastdarmfistel Operirten geben uns die einzelnen Tabellen Auskunft, da wir gerade in diesem Sinne unser ganzes Material geordnet haben. Was nun diese Classification anlangt, so will ich nicht leugnen, dass dieselbe hie und da etwas gekünstelt und als solche nicht vorwurfsfrei ist. Und auch hier muss ich mich wieder mit der Ungenauigkeit der betreffenden mir brieflich zugegangenen Angaben entschuldigen resp. mit der Unzulänglichkeit der Untersuchungsmethoden, welche unter Umständen eine stricte Diagnose nicht gestatten. Ich wusste einfach nicht, was ich z. B. mit dem Kranken thun sollte,

welcher über „Eiterung und Schmerzen bei Defaecation“ klagt, sein behandelnder Arzt aber versichert, keine Abnormität constatiren zu können (92). Wo sollte ich etwa die Angaben einreihen wie: „Ein Gefühl von Feuchtigkeit am After, — objectiv nichts wahrzunehmen,“ Eine nässende empfindliche Narbe,“ „Patient bildet sich ein brustkrank zu sein,“ „Brustschmerzen — sonst bei bester Gesundheit,“ „Muss täglich Sitzbäder nehmen, da er sich sonst wund laufe“ etc. Um nun eine neue Rubrik des „zweifelhaften Erfolgs“ zu vermeiden, blieb mir nichts übrig, als die bezüglichen Fälle in die eine oder andere Tabelle einzutragen. Massgebend war für mich dabei stets das ärztliche Gutachten und — wo dies fehlte — der Eindruck, den ich bei der Combination aller anderen Umstände in jedem Einzelfalle gewonnen habe.

Dies vorausgeschickt, wiederhole ich, dass

der absolute Erfolg eingetreten ist in 76 Fällen = 37,5 %
„ relative „ „ „ 38 „ = 18,70%
u. endlich „ absolute Misserfolg „ „ 53 „ = 26,1 %

Man wird von mir nicht verlangen, aus diesen Zahlen weitere Folgerungen zu ziehen, und wäre auch ex juvantibus et nocentibus der Schluss auf die Natur des Leidens gestattet, so würden wir doch nicht immer im Stande sein zu beurtheilen, in wiefern die Differenz zwischen den obigen 3 Zahlen auf die Rechnung der Tuberculosese zu setzen sei. Thatsache ist nur, dass dis Zahl der Geheilten diejenige der Gestorbenen überwiegt, während der Procentsatz der Leidenden gerade die Hälfte der in Gesundheit Lebenden beträgt.

Zu den einzelnen Tabellen bleibt uns noch Folgendes nachzutragen:

Die in Tab. I*a* aufgenommenen Patienten sind sämmtlich von ihrer Mastdarmfistel geheilt und auch sonst vollständig gesund. 5 darunter wurden inzwischen wegen des Recidivs operirt und zwar die Fälle 1, 9, 13, 28 je 1 Mal und der Fall 30 — 2 Mal.

In der Tab. I*b* und II*b* habe ich die Fälle zusammengestellt, wo neben geheilter resp. nicht geheilter Mastdarmfistel andere Erkrankungen bestehen.

Den 23 Fällen von aller Art Brustkrankheiten in der Tab. I*b* stehen 10 Fälle „ „ „ „ „ II*b* davon entfallen auf Tuberculose 11 Fälle, und zwar

auf Phthisis pulm. in der Tab. I*b* 6 Fälle : 43, 57, 58, 73, 74, 76,

auf Phthisis pulm. in der Tab. II*b* 4 Fälle : 101, 105, 109, 111,

auf Tuberculosis laryngis in der Tab. I*b* 2 Fälle : 47, 76 (im letzteren neben Phthisis pulm.),

auf Tuberculosis recti (?) in der Tab. II*b* 2 Fälle : 100, 110 (in beiden neben Phthisis pulm.).

Unter dem relativen Erfolg Tab. II*a* und II*b* wurden verstanden:

Recidive nach bereits erfolgter Heilung in 27 Fällen davon wurde operirt in 4 Fällen (80, 88, 100, 113) je 1 Mal und in 3 Fällen (86, 104, 108) je 2 Mal.

Incontinentia alvi in 5 Fällen (82, 89, 101, 109, 111). In 1 Falle (106) ist ausserdem vom „Tenesmus und häufigem Stuhlgang in Folge erweiterter Darmöffnung“ die Rede.

Unbestimmte Angaben in 8 Fällen (78, 92, 93, 94, 99, 105, 112, 114). Auf die beiden Tabellen vertheilen sich die Fälle folgendermaassen:

	Recidiv	Operation wegen Recidiv	Incontinentia alvi	Unbestimmte Angaben
Tab. II*a*	13	3	2	5
Tab. II*b*	7	4	3	3

Ganz besonderes Interesse beansprucht die Tab. III:

Mit Ausnahme von 5 Fällen dieser Categorie sind sämmtliche Patienten operirt worden:

Vollständig geheilt blieben	davon eine Zeit lang		12
Fast geheilt	„	„	3
Gebessert	„	„	2
Ungeheilt bis zum Tode blieben			7
Unbekannter Verlauf			24.

Seit der Operation bis zum Tode verstrichen:

1—8	Monate	in 15 Fällen	(162?)
1—2	Jahre	in 17	„
1—5	„	12	„
5—8	„	5	„

Die Krankheiten, denen die Patienten schliesslich erlegen sind, stellen wir im Folgenden zusammen:

Phthisis pulm. in 17 Fällen (155?),
Chronische Lungenentzündung in 3 Fällen.
Chronische Lungenleiden in 6 Fällen.
Pneumonie in 2 Fällen.
Tuberculosis in 6 Fällen (162?).
Andere Erkrankungen in 10 Fällen.
Unbekannte Krankheiten in 9 Fällen.

Die Bezeichnungen „chronische Lungenentzündung“ und „chronisches Lungenleiden“ sind — mit Ausnahme einer einzigen, ebenso lautenden mir brieflich aus der Provinz zugegangenen Mittheilung — sämmtlich den im städtischen statistischen Amte zu Breslau niedergelegten Sterbezetteln entnommen und seien — wie ich von competenter Seite unterrichtet wurde — als gleichbedeutend mit dem vom Publicum perhorrescirten und daher auch vom Arzte vermiedenen Ausdruck „Lungenschwindsucht“ anzusehen. Ziehe ich nun diesen Umstand in Betracht, so ergiebt sich, dass in 31 Fällen = 58,4 % die Tuberculose als Todesursache der an Mastdarmfistel Leidenden angenommen werden muss. Einen absoluten Werth aus dieser unzweifelhaft hohen Ziffer können wir selbstverständlich nicht ableiten, da uns weder die Frequenz der Mastdarmfistel in der Reihe aller anderer Erkrankungen, noch die Häufigkeit der Tuberculose resp. Phthisis pulm. unter allen Todesursachen bekannt ist.

Und doch hoffen wir keinen Vorwurf zu begegnen, wenn wir behaupten, dass jene Zahl in der That eine sehr hohe ist. Wenn es aber so ist, so müssen wir einerseits zugeben, dass — so wenig auch die Anschauungen älterer Autoren dem heutigen Stande unseres Wissens entsprechen — die von ihnen hinsichtlich der Prognose der Mastdarmfistel gelieferten Angaben als ganz zutreffend bezeichnet werden müssen, andererseits aber glauben wir auch mit obiger Zahl jene Vermuthung bestätigen zu dürfen, dass der primären tuberculösen Mastdarmfistel eine grössere Frequenz eingeräumt werden muss, als dies bisher allgemein angeommen wurde.

Ueber den Einfluss der Operation auf den definitiven Ausgang der Mastdarmfistel können wir nichts Bestimmtes

aussagen, und so interessant es auch wäre, die näheren Bedingungen kennen zu lernen, welche jenes Zahlenverhältniss (Tab. I, II, III) resp. ihre Differenz bedingen, so suchen wir doch im Vorliegenden vergeblich nach einer genügenden Erklärung; — vor Allem aber fehlt uns jener ideale Maassstab, welcher auch sonst bei der Beurtheilung des Werthes einer Operation oder einer beliebigen Operationsmethode als einzig sicheres Criterium angesehen werden muss: der Vergleich einer gleichen Anzahl gleichartiger operirter und nichtoperirter Fälle. Jene 10 Fälle, die wir oben zusammengestellt haben, dürften hier kaum in Betracht kommen, und die Zahl der mir im Laufe dieser Untersuchungen bekannt gewordener nichtoperirten Kranken, ist auch zu gering, um einen ganz positiven Schluss bezüglich der Bedeutung der chirurgischen Intervention auf den ferneren Verlauf der Mastdarmfistel zu gestatten. Das glaube ich jedoch rücksichtlich der tuberculösen Mastdarmfistel mit Bestimmtheit behaupten zu dürfen, dass der Operation derselben vor Allem eine sehr grosse prophylactische Dignität zukommt, indem sie den localen Herd, welcher sich eventuell generalisiren könnte, in seinem Keime vernichtet oder wenigstens zu vernichten strebt.

Recapituliren wir nun Alles, über Mastdarmfistel im Vorstehenden Gesagte, so stellt sich das Facit unserer Untersuchungen — wie es übrigens, von vornherein zu erwarten war — nicht besonders befriedigend vor: das längst Bekannte wurde zum Theil bestätigt, vom Zweifelhaften aber blieb noch Vieles weiterhin offen. Die tuberculöse Mastdarmfistel betref-

fend konnten wir nirgends ein abweichendes Verhalten derselben constatiren, im Vergleich mit anderen chirurgischen Tuberculosen; — überall handelt es sich um ganz analoge Verhältnisse und etwaige Bedenken und fragliche Punkte behalten auch hier ihre volle Geltung. Und so dürfen wir auch zum Schluss sagen: so lange man nicht im Stande sein wird, eine tuberculöse Mastdarmfistel von einer nichttuberculösen unter allen Umständen zu unterscheiden, der eigentliche Beginn der Phthise aber immer noch von jenem „unglücklichen Athemzug“ datiren wird, der die Tuberkelbacillen an eine bestimmte, für ihr Haften günstige Stelle bringt — so lange wird auch jeder Versuch — den Beziehungen zwischen der Mastdarmfistel und der Tuberculose auf statistischem Wege näher zu treten — ein pium desiderium bleiben.

Thesen.

1. In der Aetiologie der tuberculösen Erkrankungen spielen die individuellen Momente keine geringere Rolle, als die hereditären.
2. Die Erfolge der Pasteur'schen Curmethode der Lyssa sind vorläufig noch höchst problematisch.
3. In der Therapie der chronischen Magen-Darmkrankheiten leisten die natürlichen Behandlungsmethoden — Ausspülungen, Massage, Electricität — weit mehr, als die medicamentösen.
4. Kohlendunstvergiftung ist keine Kohlenoxydvergiftung.
5. Ein mit freiem Sauerstoff gefüllter Gasometer müsste in jedem Hospital und in jeder Klinik bei der Hand sein.
6. Die Krankheiten sind eine Wohlthat der Menschheit; das gerettete Leben kostet oft ein Leben.
7. Das Ideal des Arztes ist keine Patienten zu haben.